

Vaklende verdighet og ustø krykker

- En kvalitativ studie om eldre pasienter med lårhalsbrudd, og deres erfaringer med ivaretagelse av verdighet under sykehusopphold.

Tone Stikholmen

Masteroppgave ved Institutt for sykepleievitenskap
og helsefag

UNIVERSITETET I OSLO

© 30.04.2009.



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

Navn: Tone Stikholmen	Dato: 30.04.09
Tittel og undertittel: Vaklende verdighet og ustø krykker. - En kvalitativ studie om eldre pasienter med lårhalsbrudd, og deres erfaringer med ivaretagelse av verdighet under sykehusopphold.	
<u>Sammendrag:</u> Formål: Studiens mål er å få frem eldre pasienter med lårhalsbrudd sine erfaringer med ivaretagelse av verdighet. Disse erfaringene kan bidra med forståelse og innsikt til den kliniske sykepleieforskningen, og i sitt omfang bedre praksis. Studiens hensikt er å få innsikt i begrepet verdighet og ivaretagelse av den, slik det forstås og erfares av den eldre pasient med lårhalsbrudd. Litteraturgjennomgang: Studien vil ved hjelp av ulik litteratur og forskning belyse elementer vedrørende studiens målgruppe, begrepet verdighet og ivaretagelse av den, og noen tidligere pasienterfaringer. Edlunds (2002) begrepsmessige modell av verdighet er benyttet som teoretisk rammeverk. Metode: Studien er kvalitativ og har et utforskende/beskrivende design. Hermeneutisk tilnærming er valgt. Innsamling av data skjedde ved hjelp halvstrukturerte intervju av ni eldre pasienter med lårhalsbrudd. Malteruds (2003) analysemetode, systematisk tekstkondensering, er benyttet. Funn: Verdighet beskrives som en indre opplevelse, og ivaretagelse av den skjer ved hjelp av ytre påvirkninger. Foruten å vise til hvilken situasjon respondentene var i når de kom til sykehuset, hvordan dette truet deres verdighet og hvilke behov dette medførte, synliggjør de ytre påvirkningene betydningen av relasjoner, ivaretagelse, å bli hørt og tatt på alvor og å bli sett som menneske. Respondentenes erfaringer er avhengig av hvordan disse elementene blir ivare tatt. Konklusjon: Den indre opplevelse av verdighet har sitt opphav i menneskets iboende verdighet og i menneskets historie og verdier. Ivaretagelse av verdighet skjer i relasjon til andre mennesker, og det er av avgjørende betydning at relasjonen inneholder elementer som er styrkende for den. Respondentenes erfaringer viser at helsetjenesten som system ikke alltid gir grobunn for slike elementer. Likevel uttrykker respondentene en positiv holdning til sykehusoppholdet og ivaretakelsen av verdighet. Dette må ses i sammenheng med at respondentene har vanskelig for å uttrykke behov, klage og stille krav til helsepersonellet.	
Nøkkelord: Verdighet, pasienterfaringer, lårhalsbrudd, sykehusopphold, eldre pasient, sykepleie, kvalitativ studie.	



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

Name: Tone Stikholmen	Date: 30.04.09
Title and subtitle: Vulnerable dignity and unstable crutches -A qualitative study of elderly patients with hip fractures and their experiences of maintaining their dignity while in the hospital.	
Abstract: Purpose: The aim of the study was to investigate the experiences of elderly patients with hip fractures and their experiences of their dignity being maintained. These experiences can contribute to understanding and as a yardstick for better practice. The purpose of the study was to acquire insight into the term dignity and maintaining it, such as it is understood and experienced by elderly patients with hip fractures. Literature Review: Using a variety of literature and research, the study will try to reveal factors such as the study's target group, the term dignity and maintaining it, and some previous research on patients' experiences. Edlunds (2002) research model of dignity is used as a theoretical framework. Method: The study is qualitative and has a investigative/descriptive design. A hermeneutic angle was used. Data collection methods included the use of semi-structured interviews of nine elderly patients with hip fractures. Malteruds (2003) analytic method "systematic text condensation" was used. Results: Dignity was described as an inner experience and it was maintained with the help of external factors. Apart from showing which situation the respondent was in when they arrived at the hospital, how this threatened their dignity and which needs this led to, the study made visible the external factors of relationships, being taken care of, being heard and taken seriously, and being seen as a human being. The respondents experiences were dependent on how these elements were taken care of. Conclusion: The inner experience of dignity has its origin in human beings inherent dignity and in mankind's history and values. Maintaining dignity happens in relationship to other people and it is a determining factor that the relationship includes factors that are strengthen that aspect. The respondents experiences show that the health system doesn't always make allowances for such elements. Even so, the respondents expressed a positive response to their stay in hospital and that their dignity was maintained. This however must be seen in correspondance with the fact that the respondents had difficulty conveying their needs, complaints and requests to hospital personell.	
Key words: Dignity, patient experience, hip fracture, hospital stay, elderly patient, nursing, qualitative study	

NY LÆRDOM

Utruleg lenge var eg sterk og sprek
og kunne halde fram min vante veg
og trudde ikkje at slik vondt
som råkar så mange gamle folk,
skulle råke meg.

Eg såg på gamle skrøplingar,
og tenkte at om dei for alvor
sette viljen inn kunne dei vel
te seg mindre ynkeleg.
Jo, det er sant. Så hard var eg, så blind.

No har eg lært nytt.
Min eigen kropp har drive meg på plass
i skrøplinganes hær.
Ikkje kall oss stakkarslege når du ser oss.
Kall oss heller tapre. Det er det vi er.

Halldis Moren Vesaas, Livhus

FORORD

Det virker nesten uvirkelig å være i ferd med å avslutte denne prosessen, som gjennomføringen av denne studien har vært. Selv om prosessen til tider har vært krevende, oppgavene virket uovervinnelige og utfordringene store, har prosessen gitt mye lærdom. Ikke bare lærdom om mennesket, sykepleiefaget og studiens tema, men jeg har også lært mye om meg selv og hvordan det er å være i en oppgaveprosess.

I flere år var jeg så heldig å få jobbe med studiens målgruppe, og siden den tid har denne pasientgruppen ligget mitt hjerte nært. Det var de som skapte nysgjerrighet og motivasjon til denne studien, og jeg håper virkelig at min studie kan gi dem noe tilbake. Studiens tema har vært innholdsrikt og spennende og vil følge meg i tiden fremover.

Det er flere som har bidratt til at studien kunne gjennomføres. Først og fremst vil jeg rette en stor takk til mine respondenter som slapp meg så nært og delte åpenhjertig sine erfaringer. Videre er jeg takknemlig overfor feltet for den innsatsen de gjorde med rekrutteringen. Tusen takk til familie og venner som på ulike og uunnværlige måter har gjort studien mulig å gjennomføre. Spesielt takk for støtte, trøst og oppmuntring. Min uerstattelig kollokvie gruppe har vært en kilde til inspirasjon, ideer, kunnskaper og hjelp. Takk for de varme og gode menneskene dere er. Sist men ikke minst vil jeg rette en stor takk til min veileder, Åshild Slettebø. Tusen takk for din unike evne til å motivere meg, din grundighet og dine gode råd. Spesielt takk for din tålmodighet, evne til å forstå, at du alltid har hatt tro på meg og aldri gav meg opp!

I studien refererer jeg til meg selv som forsker, men jeg vil presisere at jeg er klar over at jeg, på det nåværende tidspunkt, ikke kan betraktes som det. Dette ble likevel gjort for at studien skulle ha et vitenskaplig preg.

Under analyseprosessen ble ordlyden på problemstilling og to av forskningsspørsmålene endret fra ”hvilke erfaringer” til ”hvordan den eldre pasient med lårhalsbrudd erfarer.” Dette fordi studien ikke bare ønsket å presentere enn rekke erfaringer, men også hvordan dette påvirket pasienten og sykehusoppholdet.

Stavanger, 2009

Tone Stikholmen.

INNHALDSFORTEGNELSE

KAPITTEL 1 INTRODUKSJON.....	s 1
Bakgrunn for tema og problemstilling.....	s 1
Eldre menneskers behov for sykehustjenester.....	s 1
Helsetjenestens verdier og deres betydning.....	s 1
Står verdigheten på spill.....	s 2
Studiens tema og problemstilling.....	s 3
Studiens mål og hensikt.....	s 4
Studiens betydning.....	s 4
Begrepsavklaringer.....	s 4
Erfaringer.....	s 4
Eldre.....	s 5
Lårhalsbrudd.....	s 5
Helsepersonell.....	s 5
Verdighet.....	s 5
Studiens begrensninger.....	s 5
Studiens oppbygning.....	s 6
 KAPITTEL 2 LITTERATURGJENNOMGANG.....	s 7
Den eldre pasient med lårhalsbrudd.....	s 8
Begrepet verdighet.....	s 9
Ivaretagelse av pasienters verdighet.....	s 10
Pasienterfaringer med lårhalsbrudd og ivaretagelse av verdighet.....	s 11
 KAPITTEL 3 TEORETISK RAMMEVERK.....	s 13
Verdighet – en indre begrepsmessig modell.....	s 13
Absolutt verdighet.....	s 15
Relativ verdighet.....	s 15
Bevegelse i verdiene for å gjenoppbygge verdigheten.....	s 16
 KAPITTEL 4 DESIGN OG METODE.....	s 17
Design.....	s 17

Vitenskapelige fortolkningsramme.....	s 17
Tilgang til feltet.....	s 18
Rekruttering og utvalg.....	s 19
Utvalgskriterier.....	s 19
Rekruttering.....	s 19
Utvalget.....	s 20
Metode for innsamling av data.....	s 20
Forberedelsesfasen.....	s 21
Gjennomføringsfasen.....	s 21
Refleksjonsfasen.....	s 23
Analyse.....	s 23
Transkripsjon.....	s 24
Danne helhetsinntrykk.....	s 24
Fra tema til koder.....	s 24
Fra kode til mening.....	s 25
Fra kondensering til beskrivelser og begreper.....	s 26
Forskningsetiske overveielser.....	s 27
Forskningsmessig kvalitet.....	s 28
Troverdighet.....	s 29
Pålitelighet.....	s 29
Bekreftbarhet.....	s 30
Overførbarhet.....	s 30
 KAPITTEL 5 PRESENTASJON AV FUNN.....	 s 32
Indre opplevelse av verdighet.....	s 32
Menneskets iboende verdighet.....	s 32
Verdighet i kraft av personen de er.....	s 33
Å eie et fullverdig liv.....	s 33
Å eie ansvars og omsorgsroller.....	s 34
Å være uavhengig.....	s 36
Holdninger til seg selv og sine omgivelser.....	s 37
Forventninger.....	s 40
Ytre påvirkning av verdighet.....	s 40

Dramatisk hendelse i hverdagen.....	s 40
Relasjoner.....	s 41
Erfare ivaretagelse.....	s 44
Bli hørt og tatt på alvor.....	s 45
Sett som menneske.....	s 47
 KAPITTEL 6 DISKUSJON.....	s 50
Verdighet – en indre opplevelse.....	s 50
Den indre opplevelsen av verdighet sitt opphav og uttrykksform.....	s 51
Elementer som former og opprettholder den indre opplevelsen av verdighet.....	s 53
Ivaretagelse av verdighet gjennom ytre påvirkning.....	s 60
Ivaretagelse av verdighet gjennom relasjon til andre mennesker.....	s 61
Relasjonens innhold avgjørende for ivaretagelsen av verdighet.....	s 63
 KAPITTEL 7 OPPSUMMERING OG ANBEFALINGER.....	s 76
Oppsummering.....	s 76
Implikasjoner for praksis.....	s 77
Anbefalinger til videre forskning.....	s 78
 REFERANSELISTE.....	s 79
 VEDLEGG	
1 Søknad til feltet	
2 Søknad til avdelingen	
3 Tilgang til feltet a)	
4 Tilgang til avdelingen a)	
5 Tilgang til feltet b)	
6 Tilgang til avdelingen b)	
7 Informasjonsskriv til sykepleierne	
8 Informert samtykkeskjema	
9 Beskrivelse av utvalget, tabell 1	
10 Intervjuguiden	
11 Eksempler på analysens første del, tabell 2	

- 12 Eksempler på analysens midterste del, tabell 3
- 13 Eksempel på analysens siste del, tabell 4
- 14 Tilbakemelding fra Regional komitè for medisinsk forskningsetikk (REK)
- 15 Tilrådning av studien fra Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste AS (NSD)
- 16 Orientering til respondentene
- 17 Eksempler på notater

OVERSIKT OVER FIGURER

- Figur 1 Begrepsmessig modell av værdighet.....s 14

KAPITTEL 1 INTRODUKSJON

Bakgrunn for tema og problemstilling

Eldre menneskers behov for sykehustjenester

Sykehusene behandler flere mennesker enn noen gang, og eldre pasienter utgjør i dag den største og mest hjelpetrengende pasientgruppen i norske sykehus (Den norske lægeforening, 2001; Statistisk sentralbyrå, 2007). De står for omtrent halvparten av alle liggedøgn, og vil trolig representere den største utfordringen i spesialisthelsetjenesten fremover (Sintef, 2004). Dette vil merkes ved alle avdelinger, spesielt ortopediske (Tierney, Lewis og Vallis, 1998).

Årsaken til dette er at lårhalsbrudd er den vanligste skaden blant eldre, og den ledende årsak til skadeinnleggelser. Dette gjør lårhalsbrudd til et stort helseproblem (Moran, Wenn, Sikand og Taylor, 2005), og medfører fysiske, psykiske og sosiale utfordringer for den enkelte pasient (Randell, Nguyen, Bhalerao, Silverman, Sambrook og Eisman, 2000). Årlig brenner 9000 nordmenn lårhalsen, og dette koster det norske samfunnet omkring 1,5 milliarder kroner årlig. Norge er sammen med andre skandinaviske land på verdenstoppen i lårhalsbrudd (Folkehelseinstituttet, 2007).

Helsetjenestens verdier og deres betydning

Den offentlige helsetjenesten skal sikre at pasienter får nødvendig helsehjelp (Den norske lægeforening, 2001), og den bygger sin virksomhet på gitte verdier. St. meld. nr. 26 (1999-2000) fastslår verdien av menneskeverdets ukrenkelighet, og et av målene for eldreomsorgen er at eldre mennesker skal ha et mest mulig verdig liv (St. meld. nr. 50, 1996-1997).

Respekten for menneskeverdet står også sentralt i Lov om pasientrettigheter (1999). De forente nasjoners (FN) Menneskerettigheter (High Commissioner for Human Rights, 1948), fastslår globalt at alle mennesker har samme menneskeverd, menneskerettigheter og iboende verdighet. Dette viser at verdighet er et sentralt begrep og ifølge Fagermoen (1997) er det en kjerneverdi i sykepleien. De yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere bekrefter dette: "Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet" (Norsk sykepleieforbund, 2007, s. 7).

Selv om verdier uttrykkes i lover og retningslinjer, har de ikke mening før de realiseres i handling (Blåsternes, 2003). "Verdien;" ivaretagelse av verdighet står ifølge Tadd,

Bayer og Dieppe (2002) i fare for bare å bli en frase, fordi den er vanskelig å forstå. Helsepersonell må derfor søke å forstå begrepet og hvordan det forvaltes i praksis, slik at verdien realiseres. Dette har betydning for menneskers helse og velvære, og kan ha positiv innvirkning på behandling, være kostnadseffektivt og styrkende for kvaliteten i helsetjenesten (Edlund, 2002; Tadd et al, 2002; Walsh og Kowanko, 2002). Spesielt er dette betydningsfullt for eldre mennesker, på grunn av deres sårbarhet, tapsopplevelser og den alderisme de møter, som fører til fratakelse av verdighet (Moody, 1998; Nordenfelt, 2003).

Står pasienters verdighet på spill?

Hvordan blir så eldre pasienters verdighet ivaretatt? Det sies ofte at det er krise i helsetjenesten. Media bringer stadig historier om uverdige forhold, særlig i forhold til eldre pasienter. Studier bekrefter at denne pasientgruppen ikke blir tilfredstillende ivaretatt, spesielt på sykehus (Den norske lægeforening, 2001; Nortvedt et al, 2007). Det økende gapet mellom etterspørsel og tilbud, har ført til reorganisering og modernisering i helsetjenesten.

Pleietrengende pasienter kan være utsatt for utilsiktede effekter av denne utviklingen, da denne pasientgruppen på flere måter ikke passer inn med nåtidens krav om effektivitet, produktivitet og fortjeneste. For eksempel blir stadig flere eldre mennesker innlagt som øyeblikkelig hjelp og antallet reinnleggelser øker, noe som kan tyde på at eldre pasienter utskrives for tidlig (Lian, 2003; Norvoll, 2002). Hjort (2001) beskriver at eldre pasienter er på kollisjonskurs med sykehuset. De førstnevnte er langsomme og skrøpelige, mens det sistnevnte er travelt og effektivt. De eldre pasientene har behov for tid, men liggetiden på sykehuset blir stadig kortere. I en tid der alle aspekter rundt behandlingen må tallfestes for å ha verdi, kan det ikke målbare bli usynlig og glemt, for eksempel pleie og omsorg, da dette vanskelig lar seg plassere innenfor slike rammer (Bakke, Brinchmann, Haukelien, Kroken og Vike, 2002). Med sine sammensatte lidelser, står eldre pasienter også i fare for å bli betraktet som ulønnsomme og verdiløse, da refusjonen ikke dekker de faktiske behandlingskostnadene (Lian, 2003).

Det kan virke som om pasienter med lårhalsbrudd er spesielt utsatt her. Ifølge Zuckerman (1996) spenner sykepleien til denne pasientgruppen seg over flere pleiefaglige utfordringer, noe som krever flere liggedøgn og mange ressurser. Etter innføring av et såkalt "Prospective payment system," ble det funnet at denne pasientgruppen fikk kortere sykehusopphold, dårligere pleie og mindre fysioterapi. Dette medførte at pasientene mistet sin

mobilitet, uavhengighet og antallet pasienter som fortsatt var på sykehjem et år etter skaden, økte (Zuckerman, 1996).

På bakgrunn av disse elementene kan det spørres om kravet til effektivitet og kvantitet nå går på bekostning av det kvalitative i behandlingen og pleien (Vetlesen og Nortvedt, 1996). Helsepersonell arbeider under et stort press, noe som blant annet gjør det besværlig å ivareta pasienters verdighet (Burgaard, Hugod og Lind, 1995; Thompson, 1995). Dersom humanistiske verdier viker plass for teknologiske og økonomiske, står respekten for menneskeverdet og dermed pasienters verdighet i fare (Dahle, 2005; Lian, 2003).

Det er gjort få studier på eldre pasienters generelle erfaringer med sykehusopphold. Spesielt mangler studier om deres erfaringer med ivaretagelse av verdighet (Matiti og Trorey 2004). Ifølge Castledine (1996) råder det en uvitenhet og likegyldighet overfor verdighet. Dersom dette skal motarbeides, må verdighet og ivaretagelse av den forstås. Slik forståelse kan oppnås ved å undersøke hva pasienter mener om dette, og få deres erfaringer frem. Spesielt synes det viktig å få frem eldre pasienter med lårhalsbrudd sine erfaringer, da dette er en lavt prioritert pasientgruppe (Hammer, 1998).

Studiens tema og problemstilling

På bakgrunn av de overnevnte elementene er det kanskje nødvendig å spørre om den eldre pasient med lårhalsbrudd sin verdighet står på spill? Ivaretagelse av verdighet omfatter også denne sårbare pasientgruppen, som i økende antall vil ha behov for sykehusopphold. Siden ivaretagelse av verdighet er en verdi som skal realiseres, og som har betydning for eldre pasienter, må det undersøkes hvordan pasienter selv erfarer dette. Tema omfatter derfor hvordan den eldre pasient med lårhalsbrudd erfarer å få verdigheten ivaretatt under sykehusopphold. Studiens problemstilling er følgende:

Hvordan erfarer den eldre pasient med lårhalsbrudd
å få sin verdighet ivaretatt under sykehusopphold?

For underbygge problemstillingen har studien følgende forskningsspørsmål:

- 1) Hva legger den eldre pasient med lårhalsbrudd i begrepet verdighet?
- 2) Hvordan vil den eldre pasient med lårhalsbrudd beskrive det å få sin verdighet ivaretatt?
- 3) Hvordan erfarer den eldre pasient med lårhalsbrudd sitt sykehusopphold?

Studiens mål og hensikt

Å se sykehusopphold gjennom pasienters øyne gir ifølge Cleary (2003) viktig informasjon om pleiens kvalitet. Dersom pasienters erfaringer kommer frem, kan dette spille en viktig rolle i å sette standarden for helsetjenesten. Den eldre pasient med lårhalsbrudd kan bidra med viktig informasjon om kvaliteten på pleien under sykehusopphold. Disse erfaringene kan i sitt omfang bidra til bedret praksis, gjennom at sykepleien innrettes etter dette. Studiens mål er derfor å få frem denne kunnskapen, og på den måten bidra med forståelse og innsikt til den kliniske sykepleieforskningen, som ifølge Kirkevold (2001a) har som overordnet mål å bedre praksis. Hensikten med studien vil være å få innsikt i begrepet verdighet og ivaretagelse av den, slik det forstås og erfares av den eldre pasient med lårhalsbrudd. Det er viktig at sykepleier og pasient har samme oppfatning av hva verdighet er, og hvordan den ivaretas, for at dette skal skje i praksis.

Studiens betydning

Dersom studien lykkes med sitt mål og sin hensikt, kan den kunnskap som frembringes ha betydning for praksis. Ved å studere begrepet verdighet og hvordan ivaretagelse av dette beskrives og erfares på sykehus, kan rikere forståelse for det mest fundamentale i sykepleien oppnås. Dette kan føre til at temaet blir mer nært og håndterlig i sykepleiepraksis. Det kan også være nyttig å få frem kunnskap om eldre pasienters erfaringer med sykehusopphold, som et bidrag til å forbedre praksis for denne pasientgruppen. Spesielt kan denne studien bidra med sykepleiekunnskaper til eldre pasienter med lårhalsbrudd. Studiens ønsker å gi nyttig kunnskap til helsepersonell som jobber innenfor feltet, og hjelpe dem til å oppdage nye dimensjoner ved sykepleien til denne pasientgruppen.

Begrepsavklaringer

Erfaring

I denne studien henspiller erfaringer til den livs - og menneskekunnskap som pasientene hadde fått gjennom sykehusoppholdet. Ifølge Vetlesen og Nortvedt (1996) er erfaringer både sanselige, følelsesmessige og kognitive. Erfaringer er den kunnskap mennesker erverver seg når deres opplevelser blir satt i forhold til tidligere erfaringer (Wikipedia, 2007).

Eldre

Betegnelsen ”eldre” blir brukt om personer som er 67 år eller eldre, det vil si personer som er over den formelle pensjonsalder i Norge (Romøren, 2005).

Lårhalsbrudd

Lårhalsbrudd er brudd av den proksimale femur. Brudd i den proksimale femur deles ofte inn i tre forskjellige kategorier, alt etter hvor bruddet anatomisk har skjedd. Det kan enten være fraktura colli femoris, pertrochantær fraktur eller subtrochantær fraktur (Hammer, 1998). I denne studien vil betegnelsen lårhalsbrudd bli brukt om alle disse tre bruddtypene.

Helsepersonell

Helsepersonell blir brukt som en samlebetegnelse for alt personell som bidrar i behandling og pleie for pasientene. I de aller fleste tilfeller dreier dette seg om sykepleiere og hjelpepleiere. Hovedfokuset i studien er likevel rettet mot sykepleiere og deres praksis.

Verdighet

Begrepet verdighet vil bli forstått ved hjelp av Edlunds (2002) forståelsesramme av begrepet. Denne vil bli redegjort for i teoretisk rammeverk.

Studiens begrensinger

Studiens tema har til tider vært noe diffust og vanskelig og håndtere. Dette viser at verdighet trenger å bli konkretisert, slik at det får slagkraft i praksis. Det har vært utfordrende å begrense studien til gitte rammer, da datamaterialet var omfattende. Målgruppen er presentert i litteraturgjennomgangen. Det var ikke rom for å beskrive sykepleiebehov til eldre pasienter med lårhalsbrudd, og elementer ved å bli pasient. Generelle pasienterfaringer har heller ikke blitt presentert. Bare de viktigste studiene har blitt nevnt og kun essensen i disse blitt forklart. Edlund (2002) ble valgt som eneste teoretisk rammeverk, men studien benytter andre teoretikere i diskusjonen, for å belyse ulike funn. Metodediskusjonen ble inkludert i metode og design kapittelet. Problemstilling og forskningsspørsmål har vært bestemmende for hvilke elementer som fordypes i diskusjonen, da studiens omfang ikke tillater at alle elementer diskuteres like detaljert.

Studiens oppbygning

For å besvare studiens problemstilling og forskningsspørsmål vil studien først gi en oversikt over litteratur og forskning gjort på temaet. Deretter vil studiens teoretiske rammeverk bli fremstilt, etterfulgt av presentasjon av studiens design og metode. Analyseprosessen og refleksjoner rundt datainnsamlingsprosessen som helhet, vil også her bli beskrevet. Studiens funn vil bli presentert før de blir diskutert opp mot litteratur, forskning og teori. Til slutt vil det bli gitt en oppsummering som har til hensikt å svare på studiens problemstilling og forskningsspørsmål, og anbefalinger for praksis og forskning vil bli foreslått.

KAPITTEL 2 LITTERATURGJENNOMGANG

I dette kapittelet har det blitt valgt å ta utgangspunkt i problemstillingens innhold, for å belyse dens elementer og relevans. Det vil bli gitt en oversikt over hvilken kunnskap som finnes eller er fraværende rundt tema. Det er bevisst blitt valgt ikke å kun inkludere forskningsstudier da problemstillingens elementer er av en slik art at de best belyses ved å inkludere all type kunnskap på området.

Redegjørelse for elementene har blitt gjort ved hjelp av et omfattende søkearbeid i eksisterende litteratur. De fleste søk ble gjort tidlig i prosessen, før intervjuguiden var ferdigstilt. Forøvrig ble det foretatt søk gjennom hele prosessen, også etter at datamaterialet var gjennomarbeidet, ved at litteraturen ble spurt om studiens funn. Søkeperioden strakk seg fra våren 2006 til høsten 2008. Det ble søkt i databaser som Bibsys, Cinahl, og Pub Med. Google ble benyttet til orientering. Foruten dette ble ulike nettsider oppsøkt, som for eksempel Forskningsetiske komiteer, Lovdata, Norsk Osteoporoseforening, Sykepleien, Tidsskrift for Den norske Legeforening og Vård i Norden. Statistikk ble hentet fra Norsk Institutt for folkehelse, Statistisk sentralbyrå og Sintef. Forskjellige stortingsmeldinger, lover og rapporter ble studert. Det ble søkt både med engelske og norske ord. Ved bruk av begge språk, er bare det norske ordet presentert. Ulike kombinasjoner av søkeordene verdighet, ivaretagelse, pasient, lårhalsbrudd, eldre, erfaringer, sykepleie, sykehus, eldreomsorg, geriatri, ortopedi, sykehusinnleggelse, verdi, etikk, pasientrettigheter, livsverden, systemverden, relasjoner, holdninger, forventninger, selvstendighet, menneskeverd, kvalitative studier, hermeneutikk, elderly, oldest, hospital treatment, surgical, postoperativ rehabilitation og maintaining patient dignity ble brukt. Litteratur og forskning fra slutten av 1990 tallet og frem til 2008 ble mest brukt, selv om noe med mer eldre dato også ble inkludert, da dette opplevdes relevant for studien. Forskning som kunne belyse studiens problemstilling og forskningsspørsmål ble valgt inkludert. Generelt ble det funnet endel forskning om verdighet og sykepleie ved livets slutt, og i forhold til liv–død beslutninger og demens. Selv om det fantes endel forskning på begrepet verdighet, var det få treff på eldre pasienters forståelse og erfaringer med dette. Forskningsmengden på lårhalsbrudd i forhold til operasjonstidspunkt, operasjonstekniske fremgangsmåter, rehabilitering, utskrivelse fra sykehus og prognose var stor. Imidlertid var det mindre forskning på sykepleie til denne pasientgruppen og på deres erfaringer. Det ble ikke funnet forskning som knyttet verdighet til lårhalsbrudd spesielt.

Den eldre pasient med lårhalsbrudd

Selv om det er store individuelle forskjeller, vil eldre mennesker merke den kroppslige aldringen ved forandringer i kroppens styrke, fart og smidighet (Evans, 2001). Thompson (1995) viser til at reaksjonstiden går ned på grunn av lavere hastighet i nerveimpulsene. Knokler og muskelmasse forsvinner, og celler fornyes senere, noe som blant medfører lenger bruddtilhelingstid. Det skjer også kognitive og affektive endringer. At eldre personer reagerer langsommere enn yngre skyldes foruten lavere hastighet i nerveimpulsene, også at syn og hørsel svekkes sammen med muskelstyrke og koordinasjon. Dette vil medføre langsommere bevegelser. På grunn av endringer i psykiske funksjoner vil også eldre mennesker senere tilvende seg nye situasjoner, og ha dårligere kapasitet til å takle stress (Schroll og Maagøe, 1992). Totalt sett vil eldre personer ha redusert reservekapasitet (Laake, 2003a).

Eldre pasienters evne til å tåle kirurgiske inngrep svekkes også med alderen (Laake, 2003a), og de er mer utsatt for per og postoperative komplikasjoner, som forvirring, trykksår, magesår, dyp venetrombose (DVT), infeksjoner, kardiologiske problemer og depresjon. Videre er faren for komplikasjoner vesentlig høyere ved akutte enn elektive inngrep (Laake, 2003b). Eldre mennesker har ofte dårligere prognose, noe som gir lenger sykehusopphold, øker sjansen for reinnleggelser og gjør omfattende rehabilitering nødvendig (Hart, Birkas, Lachmann og Saunders, 2002; Laake, 2003a).

Nitti prosent av lårhalsbruddene skjer grunnet fall, og osteoporose er ofte en medvirkende faktor (Zuckerman, 1996). Sannsynligheten for at disse pasientene har flere diagnoser foruten lårhalsbruddet er stor, og flere av dem har allerede før innleggelsen strevd med å klare seg hjemme (Romøren, 2005). En studie gjort av van Balen, Steyerberg, Polder, Ribbers, Habbema og Cools (2001) viste at sytti prosent av de undersøkte pasientene med lårhalsbrudd, hadde to eller flere diagnoser foruten lårhalsbruddet, og førti-to prosent av dem kom fra institusjon. Lindèn og Hagstedt (2002) påpeker at disse pasientene ofte også har en bekymringsfull sosial situasjon før ulykken. Når lårhalsbrudd oppstår i tillegg til de normale aldersforandringene får dette store konsekvenser.

Flere fastslår at lårhalsbrudd er en viktig årsak til sykelighet og dødelighet blant eldre (Lindèn og Hagstedt, 2002; Meiner, 2006a). Bare femti prosent av pasienter med lårhalsbrudd får tilbake sitt funksjonsnivå et år etter frakturen. Disse forhold er avhengig av kjønn, alder og tilleggslidelser. De fleste klarer ikke å få tilbake evnen til å utføre grunnleggende aktiviteter, og tjuefem prosent blir avhengig av hjelp (Lindèn og Hagstedt, 2002; Zuckerman, 1996).

Studier viser også at livskvaliteten forverres (Randell et al, 2000). Lindèn og Hagstedt (2002) understreker de store sosiale konsekvensene lårhalsbrudd får, og Bondevik (2000) viser til at redselen for å falle på ny medfører reduksjon av aktiviteter og sosial isolasjon. Forskning på dødelighet etter lårhalsbrudd viser noe forskjellig utfall, alt etter hvilket tidspunkt, alder og kjønn som er undersøkt. Menn har høyere dødelighet enn kvinner, og den er stigende med alder. Dødeligheten ligger på omkring tjue-tretti prosent et år etter skaden (Meiner, 2006a; Zuckerman, 1996).

Begrepet verdighet

Begrepet verdighet er ikke entydig eller lett å forstå, og ifølge Edlund (2002) mangler studier som kan tydeliggjøre begrepet. Moody (1998) fastslår at verdighet er grunnbjelken i etikken og den standard sykepleien måler sin virksomhet etter. Etymologisk betyr verdighet blant annet embete. Det kommer av det latinske ordet dignitus, dignus, som betyr likeverdighet og troverdighet. Det innebærer å ha verdi, men verdighet og verdi er ikke synonyme begreper (Eriksson, 1995). Verdighet er en tilstand av å være verdig og å bli gitt aktelse og ære (George, 1998). Det kan også bety noe edelt, å ha stolthet og selvrespekt (Damron-Rodriguez, 1998). I Norsk ordbok (2005) blir verdighet beskrevet som en stilling, posisjon, fatning, rang eller status. Bokmålsordboken (2005) beskriver det som ro, selvbeherskelse, tyngde og fortjeneste.

Litteratursøk viser noen studier som forsøker å klargjøre begrepet verdighet. Blant annet ble prosjektet Dignity Older Europeans (DOE) utført fra 2000 til 2005. Prosjektet ville undersøke meningen av begrepet verdighet og hvordan dette erfares av eldre personer. Mennesker med forskjellig alder, profesjoner, nasjonaliteter, bakgrunn og kjønn deltok. Nordenfelt og Edgar (2005) laget i den forbindelse en teoretisk modell av verdighet som består av fire verdighetstyper. Første typen er "Menschenwurde" (menneskeverdet). Dette er en universell verdighet som tilhører mennesket i lik grad og er umistelig. Neste type er "The dignity of merit" (verdighet gjennom meritter). Denne avhenger av sosial rang og formelle posisjoner. Det er forskjellige dimensjoner av denne typen verdighet og den er ulikt fordelt mellom mennesker. Den kan graderes, og kan komme og gå. Mennesket har gjort seg fortjent til den på grunn av meritter. Videre viser modellen en tredje type verdighet; "the dignity of moral stature" (verdighet gjennom moralsk status). Verdigheten er her et resultat av menneskets moralske gjerninger eller ugjerninger, moral eller umoral. Umoral kan redusere

verdigheten, da verdigheten er knyttet til en verdig karakter eller dyd. Her ses også grader, og den er forskjellig fordelt mellom mennesker. "The dignity and identity" (den personlige identitets verdighet) er den siste av de fire verdighetstypene. Den er knyttet til menneskets integritet av kropp og sjel. I noen tilfeller er den avhengig av menneskets selvbylde. Denne forandrer seg som et resultat av endring i kropp og sjel, og av andre menneskers handlinger. Den er vanskelig å definere, men er kanskje den viktigste i forhold til aldring og sykdom.

Haddock (1996) gjorde også en begrepsanalyse av verdighet. Ifølge henne er verdighet muligheten til å føle seg viktig og verdsatt av andre. Dette kommuniseres til andre, og påvirker hvordan mennesket blir behandlet.

Gallagher (2004) påpeker at verdighet både er noe subjektivt og objektivt. Det handler om hvordan mennesket verdsetter seg selv og hvordan de verdsetter hverandre.

Eldre pasienters beskrivelse av begrepet savnes (Bayer, Tadd og Krajcik, 2005). Matiti og Trorey (2004) fant imidlertid at sykehuspasienter mente verdighet var de erfaringer de tok med seg fra livet før innleggelsen, for eksempel opplevelsen av selvverd og identitet. Verdighet var også den standard som kultur og oppdragelse hadde gitt.

Ivaretagelse av pasienters verdighet

Flere forfattere påpeker at det er gitt få oppskrifter på hvordan pasienters verdighet ivaretas. Slike oppskrifter er ønskelig, men må være praksisnært for ikke bare ha teoretisk verdi (Arino-Blasco, Tadd og Boix-Ferrer, 2005; Walsh og Kowanko, 2002). Det er viktig at helsepersonell forstår hvilke komponenter som fremmer verdighet og hvilke strategier pasienter selv bruker for å opprettholde den (Jacelon, 2003; Seedhouse og Gallagher, 2002).

Noe litteratur og forskning belyser hvordan ivaretagelse av verdighet kan skje. Ifølge Castledine (2006) og Eriksson (1995) er det viktig å skape en pleiekultur der mennesker føler seg velkommen, respektert og får helhetlige behov ivaretatt. Pasienter må føle seg elsket, bekreftet og forstått, og omgivelsene må møte dem med individuell pleie, tid, rom, håp og trøst. Videre kan oppmerksomhet overfor detaljer i pleien minske pasienters uro og angst, og gi følelse av verdighet. Griffin-Heslin (2005) beskriver at pasienter må være i omgivelser som får dem til å føle seg kompetente og hvor de blir satt i stand til å mestre. Shotton og Seedhouse (1998) fant at pasienter trenger hjelp til å nå sine mål eller få anledning til å strekke seg så langt som mulig. Det er også viktig å hjelpe pasienter med å akseptere eventuelle forandringer, slik at mening i livet opprettholdes (Erlén, 2007).

Foruten tilrettelegging av omgivelser og hvordan sykepleien utføres viser også forskning at menneskelige egenskaper hos det enkelte helsepersonell er avgjørende. Haddock (1996) konkluderer med at det viktigste verktøy sykepleieren har for å ivareta pasienters verdighet, er seg selv. Interaksjonen må være pasientfokuset, og sykepleier må jobbe med følelser, bruke disse konstruktivt for å forstå pasienter og behandle dem som gyldige og verdifulle mennesker. Woolhead et al (2006) fant at relasjonen måtte inneholde kommunikasjon preget av respektfull tiltale, lytting, medbestemmelse, inkludering, og respekt for pasienters privatliv, identitet og sårbarhet.

Gallagher (2004) oppsummerer på mange måter hva som fremmer verdighet ved å fokusere på fire forskjellige komponenter. Først må praksis mange dimensjoner og hvordan pleien gis undersøkes. Videre trengs reflekterende, kunnskapsrike, værende og handlende personer, som ønsker å gjøre det rette. Hvilke prosesser som foregår er også avgjørende, da de enten fremmer eller hemmer verdigheten. Til slutt har selve stedet potesial til å la mennesker føle seg verdifulle eller verdiløse.

Walsh og Kowanko (2002) undersøkte hvordan pasienter selv ville beskrive å få verdigheten ivaretatt, og fant at å ikke bli eksponert, stresset eller sett på som objekter var viktig. Videre var medbestemmelsesrett, anerkjennelse og hensynsfull sykepleie avgjørende. Ifølge Coventry (2006) trengs kunnskaper om hvordan eldre pasienter beskriver dette. Det er funnet en undersøkelse på dette, gjennom DOE prosjektet. Der poengterte pasientene at respekt, privatliv, god kommunikasjon, ivaretagelse av behov, involvering og medansvar, var fremmende for verdigheten. Det var også viktig å få anerkjennelse for sin identitet og sitt menneskeverd (Bayer et al, 2005).

Pasienterfaringer med lårhalsbrudd og ivaretagelse av verdighet

Pownall (2004) brukte narrativer for å få frem pasienters erfaringer, og forteller i den forbindelse historien til en eldre pasient med lårhalsbrudd. Historien beskriver faktorer som lang ventetid, betydelige smerter, manglende informasjon, ubehag i forhold til fasting, behovet for hjelp kontra ønsket om ikke å være til bry, det å ikke ha noen å snakke med og overraskelsen over den tidlige mobiliseringen.

En hovedfagstudie gjort av Torkildsen (2003) viser lignende funn. Selv om pasienter med lårhalsbrudd tilhører en pasientgruppe som trenger akutt medisinsk behandling, viste studien at et hardt presset sykehussystem lar disse pasientene vente. Foruten å beskrive den

skremmende skadesituasjonen, beskrev pasientene den preoperative fasen som en fase med usikkert tidsperspektiv, mye smerter, faste og en tid med stort behov for trøst og støtte. De beskrev også ønsket om å komme seg på beina igjen og hvordan det var å bli avhengig av hjelp. Pårørende og sykepleiernes personlighet spilte en viktig rolle i hvordan de hadde det.

Forskning på eldres pasienterfaringer med verdighet er mangelfull (Tadd og Bayer, 2006). Calnan, Badcott og Woolhead (2006) fant at ivaretagelsen av verdighet ble påvirket av sykepleiernes dårlig tid, og at grunnleggende sykepleie ikke ble gitt.

Bøe (2008) ville i sin avhandling få frem hvordan pasienter i livets slutfase erfarte sin livssituasjonen. Arbeidet belyste ulike kjennetegn på god omsorg og hvordan møter ivaretok verdigheten til mennesker i en relasjon. For at møtene skulle erfares som verdige møter, var det av avgjørende betydning at de var sanselige. Møtene måtte skape anerkjennelse for ”den du er,” ”der du er.”

Jacelon (2001, 2003, 2004) gjennomførte en grounded theory studie og fant at eldre pasienter brukte strategier for å påvirke sin verdighet, som å finne mening med erfaringene, justere holdningene og forventningene, ha positive holdninger for å bli behandlet positivt tilbake, ta ansvar og opprettholde relasjoner og image. For eksempel imaget om ikke å forstyrre sykepleierne. Pasientene kom til sykehuset med verdighet bygd opp av års erfaring på hvordan de selv og andre oppfattet dem. Uansett om denne var sterk eller svak, hjalp den dem gjennom sykdommen og sykehusoppholdet. Sammen med pasientsentrert sykepleie spilte relasjonen til helsepersonellet, familien og medpasienter en sentral rolle for verdighetsopplevelsen.

Studien til Matiti og Trorey (2004) viser liknende funn. Spesielt påpeker den at pasientene justerte sitt image for å opprettholde sin standard, og når følelsen av at egen og andres standard var nådd, slo selvfølelsen seg til ro og egenverdet økte. Dette forsterket verdighetsopplevelse. Pasientene justerte også sin oppfatning av hvordan de trodde verdigheten skulle ivaretas, selv om deres definisjon på dette fortsatt var den samme. Justeringen var som et selvbeskyttende middel, som skjedde for å tilpasse seg, slik at den nye situasjonen kunne aksepteres og verdigheten ivaretas. Pasientene forutså potensielle krenkelser og tilpasset seg et nivået de kunne være komfortable med, for å forsone seg med virkelig, tenkt eller potensiell krenkelse.

KAPITTEL 3 TEORETISK RAMMEVERK

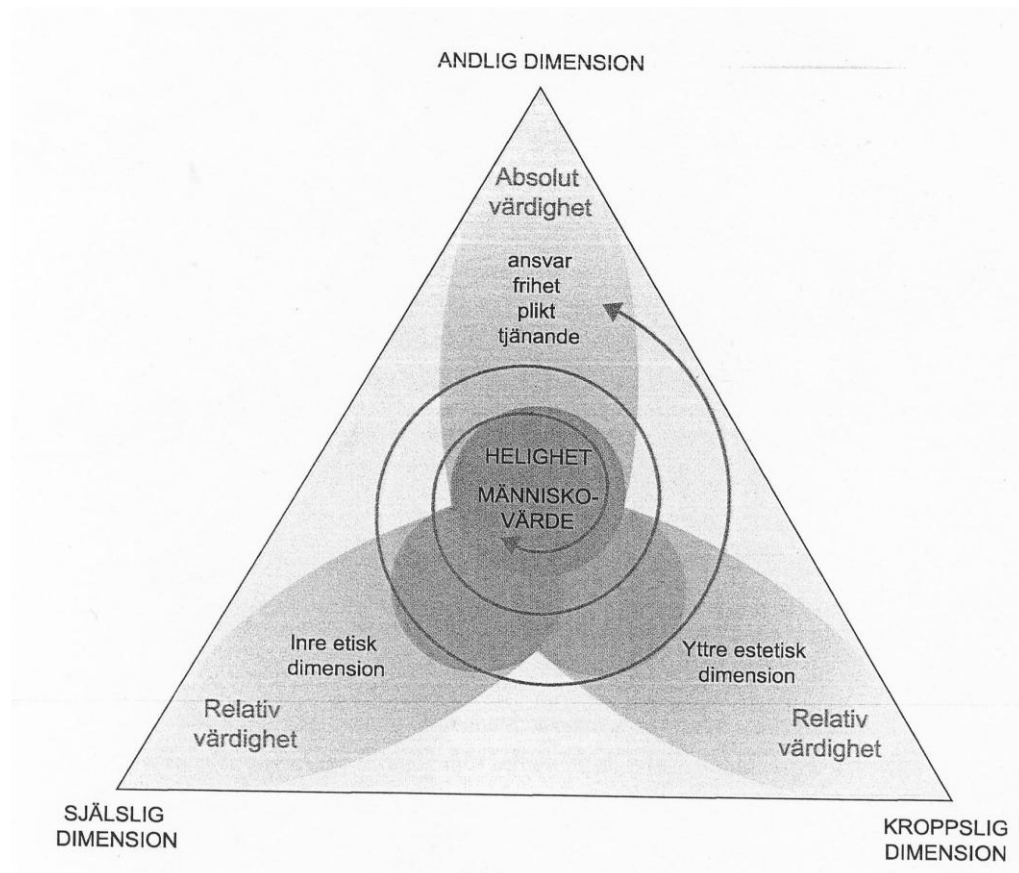
”Att välja perspektiv innebär att välja vad det är man vill se, samt på vilket sätt man väljer att se detta” (Edlund, 2002, s. 11). Begrepet verdighet vil i denne studien bli sett ved hjelp av Edlunds (2002) forståelsesramme. Edlund utgav i 2002 doktorgradsavhandlingen ”Människans värdighet – ett grundbegrepp inom vårdvetenskapen.” Hensikten med avhandlingen var å øke den sykepleievitenskapelige kunnskap om verdighet og utvikle en begrepsmessig modell om menneskets verdighet. Avhandlingen omfatter fem delstudier: Begrepsanalyse, latentinnholdsanalyse av filosofiske og teologiske tekster, delfimetoden hvor syv eksperter fra ulike vitenskaper beskriver begrepet, metasyntese av tidligere forskning på tema og samtale med seks eldre personer.

Edlunds forståelse av verdighet er valgt som teoretisk rammeverk, da arbeidet hennes er gjennomarbeidet, nyansert og kan være med å belyse studiens problemstilling, forskningsspørsmål og funn. Avhandlingen belyser flere sider ved begrepet, og de ulike delstudiene danner en fin helhet som munner ut i en forståelig begrepsmessig modell. Edlund beskriver begrepet på en måte som gjør det håndterbart for sykepleiepraksis, noe som er viktig for studiens pragmatiske verdi. Det at Edlund inkluderer eldre mennesker i studien og at hennes funn er gjenkjennelig for denne studien, gjør også hennes arbeid interessant. Følgende vil Edlunds (2002) begrepsmessige modell med dens innhold bli presentert.

Verdighet – en begrepsmessig modell

For å gjøre en abstraksjon over hvordan hun forstår menneskets verdighet har Edlund (2002) laget en modell.

Figur 1 Begrepsmessig modell av verdighet (Edlund, 2002, s. 108).



Modellen består av en trekant som er lik på alle sider. Trekantens vinger symboliserer menneskets kropp, sjel og ånd som til sammen utgjør en helhet. Den øverste vingen symboliserer den absolutte verdighet og tilhører den åndelige dimensjonen. Den absolutte verdighet inneholder to rom. Det innerste rommet består av verdiene hellighet og menneskeverd. Utenfor dette rommet finnes et annet rom som består av verdiene frihet, ansvar og plikt til å tjene. De to andre vingene på trekanten speiler den absolutte verdigheten og består av symboler som representerer den relative verdigheten. Den ene vingen symboliserer den sjlelige, indre etiske dimensjonen, mens den andre vingen symboliserer den kroppslige, ytre estetiske dimensjonen. Inni trekanten finnes en spiral som symboliserer den bevegelsen som skjer mellom samtlige verdier for å bevare verdigheten. Når helheten splittes opp, opplever mennesket lidelse og krenket verdighet. Denne lidelsen er uforenelig med helse. Bevegelse mellom nivåene kan føre til at verdier i verdihierarkiet skifter plass slik at verdighet igjen kan oppleves i ulike sammenhenger.

Absolutt verdighet

Verdighet blir ifølge Edlund formet av et sett med verdier som finnes hos hvert enkelt menneske. Hun deler verdighet inn i to ulike typer verdighet som har ulike dimensjoner. Verdighet beskrives først og fremst som en absolutt verdighet, gitt mennesket i skapelsen bare fordi det er et menneske, da mennesket står i en særstilling i skaperverket. Den absolutte verdighet er konstant, ukrenkelig, ikke målbar eller observerbar. Den kan ikke bli tatt fra noen eller gis fra et menneske til et annet. Den består av menneskets hellighet og det absolutte menneskeverd. Dette er verdighetens vesen. Gjennom skapelsen er det også gitt mennesket et embete som det skal forvalte. Det innebærer å være en person i en sosial sammenheng, som er gitt frihet, ansvar og en plikt til å tjene sin neste. Verdiane hellighet, menneskeverd, frihet, ansvar og plikt til å tjene utgjør den absolutte verdighet. Mennesket blir her sett på som likeverdige og bærere av et egenverd. Å være en person innebærer å være et unikt individ med egen historie og språk. Friheten som er gitt mennesket kan ikke unngås og i friheten har menneskets handlinger sin opprinnelse. Ansvar er en følge av friheten, men strekker seg lenger. Det kan aldri gis til, eller bli tatt fra mennesket, heller ikke bli overlatt til et annet. Den absolutte verdighet kommer til uttrykk gjennom verdier i den relative, foranderlige verdigheten.

Relativ verdighet

Den andre type verdighet som Edlund beskriver, er en relativ verdighet. Som navnet tilsier, kan denne verdighet forandres, krenkes og gjenoppbygges. Verdighet blir her sett på som en sosialt forankret ide, en sosial rolle og noe som skapes og formes av kultur og samfunn. Den er formet av verdier og ytre kvaliteter, og oppleves av det enkelte menneske når det i meningssammenhenger erfarer harmoni mellom egne evner, kunnskaper og de krav det har til seg selv, eller andre har til det. Den blir beskrevet som noe som kan oppleves i en relasjon. Menneskets omgivelser har betydning da dets historie påvirker og former det syn mennesket har på egen verdighet. Det er derfor viktig at mennesket møter mennesker som formidler verdighet for at den skal bli gjeldende. Den relative verdigheten kommer til uttrykk gjennom holdninger som mennesket har, og uttrykkes i handlinger og attributter. Den deles inn i en indre og ytre verdighet.

Indre verdighet. Denne gir uttrykk for opplevelsen av verdighet, og blir også kalt den indre etiske dimensjonen av verdighet. De verdier som råder her, rommer den moral og de normer

som mennesket har gjort til sine. Moralen og normene er veiledende for de handlinger og attributter som kommer til uttrykk i den ytre verdighet. Den indre etiske holdning øker oppmerksomheten til egen og andres verdighet. Verdier i den indre etiske dimensjonen er blant annet stolthet, aktelse, stilling, rang, hederlighet, troverdighet, uavhengighet og samhørighet. Siden oppmerksomheten i denne dimensjonen også rettes mot andres verdighet, blir verdier som etisk holdning, prinsippl og ideal også tydelige.

Ytre verdighet. Mens den indre verdighet gir uttrykk for opplevelsen av verdighet, viser den ytre seg i den konkrete virkelighet gjennom handlinger, attributter, produkter og symboler. Den blir også kalt den estetiske ytre dimensjonen. I den konkrete virkelighet uttrykkes alle verdier som finnes i både den absolutte verdighet og den indre relative verdighet. Utgangspunkt er den etiske dimensjonen, men dens estetiske form vises i handlinger avhengig av konteksten. Mennesket bærer sine verdier og gir uttrykk for dem på ulikt vis. Verdier som ligger i den ytre estetiske dimensjonen er aktelse, fatning, beherskelse, passende og ordentlighet. Mennesket gir handlinger og fenomener i omgivelsene betydning og mening. De blir symboler for menneskets verdighet.

Bevegelse i verdiene for å gjenoppbygge verdigheten

Mennesker former sine verdier hierarkisk, avhengig av kultur, kunnskaper og evner. Mellom verdiene finnes en bevegelse som har til hensikt å hele tiden finne en verdi som kan symbolisere menneskeverdet og helligheten. Denne forbindelsen mellom verdighetens dimensjoner, er en bestrebelse i å virkeliggjøre sitt verd, sin frihet og sitt ansvar. Verdighet oppleves når mennesket i en gitt meningssammenheng opplever harmoni mellom sine egne evner og kunnskaper, og de krav som stilles dette mennesket fra selv eller andre. Når denne harmonien ikke er til stede, nås verdighet gjennom en forsoning med situasjonen, som innebærer at verdihierarkiet omorganiseres. Den verdien som ikke lenger er oppnålig, erstattes av en verdi som er nærmere kjernen, men som også symboliserer menneskeverdet. Den verdien som mennesket ikke lenger når gjennom den ytre estetiske dimensjonen, erstattes i den indre etiske dimensjonen, av en verdi som står for opplevelsen av verdighet. Verdiene som symboliserer et "gjøre" - nivå gir plass for verdier som symboliserer et "være" - nivå.

KAPITTEL 4 DESIGN OG METODE

Vitenskapelig kunnskap skal være frukt av systematisk, kritisk refleksjon, og ikke et resultat av tilfeldige inntrykk eller selvbekreftende påstander (Malterud, 2003). I dette kapitlet vil det bli redegjort for forskningsdesignet, valg av metodisk tilnærming og overveielser gjort i prosessen. Målet for arbeidet har vært å sikre forståelse for respondentenes perspektiv.

Design

Dette er en kvalitativ studie med et utforskende/beskrivende design. Målet for kvalitative studier er å utvikle en rik forståelse av fenomenet som det eksisterer i den virkelige verden, og slik det konstrueres av personene rundt (Polit og Beck, 2004, s. 247). Hensikten med studien var å få innsikt i begrepet verdighet og ivaretagelse av den, slik det forstås og erfares av den eldre pasient med lårhalsbrudd. Kvalitativ tilnærming ble valgt da denne type studier fokuserer på menneskers erfaringer (Thagaard, 2003), og fordi studien søkte å få frem dybden i slike erfaringer.

Fagermoen (2005) viser til at kvalitative studier ofte betegnes som utforskende og beskrivende. Det blir i denne type studier avdekket og beskrevet karakteristiske trekk og sammenhenger mellom ulike aspekter, noe som var ønskelig i denne studien. Nord (1998) påpeker at utforskende design i hovedsak brukes til å oppdage et problem eller dersom problemet er identifisert, men litteratur på tema er mangelfull eller ikke eksisterende. Det har en relativt åpen struktur og tilnærming, og har i varierende grad en fleksibel plan for gjennomføringen (Fagermoen, 1998a). Beskrivende design kan forstås som mer strukturerte (Nord, 1998). I denne studien ble graden av struktur spesielt synlig ved at respondentene åpent fikk fortelle om sine erfaringer under intervjuene, men kun innenfor de gitte tema som studien ville beskrive.

Vitenskapelige fortolkningsramme

For å oppnå forståelse for de personer som studeres har fortolkning en sentral plass innenfor kvalitative tilnærminger. Den vitenskapelige fortolkningsrammen som blir valgt, danner grunnlaget for den forståelse forsker utvikler i løpet av forskningsprosessen, og gir i noen

grad retningslinjer for hva forsker fokuserer på ute i feltet (Thagaard, 2003). Hermeneutisk tilnærming syntes som et riktig og viktig verktøy for å tolke og forstå den eldre pasients erfaringer. Hermeneutikk er i følge Føllesdal, Walløe og Elster (1990) en granskning av hva forståelse er, og hvordan forståelse oppnås. I denne studien var det teksten som de transkriberte intervjuene dannet og den konteksten intervjuene ble gjort i, som ble tolket og forstått.

Innenfor filosofisk hermeneutikk står Gadamar sentralt. Han presenterer ikke noen metodologi, men et tankesett, en måte å se verden på (Eilertsen, 2000). Likevel syntes hans tanker om hvordan forståelse oppnås å være nyttig for studien, da det ifølge Gadamar (1977) allerede finnes en verden som er fortolket og organisert, og utgangspunktet for denne studien var nettopp en rik forforståelse. Flere års arbeid ved en ortopedisk avdeling gav kjenneskap til feltet og målgruppen, og skapte forventninger og forutinntatte meninger om hvordan eldre pasienter med lårhalsbrudd erfarer å få verdigheten ivaretatt.

Ifølge Gadamar (1989) er forforståelse en nødvendig betingelse for å oppnå forståelse. Når den ikke passer inn med det som tolkes, må forståelseshorisonten modifiseres (Eilertsen, 2000). For å komme i overensstemmelse med datamaterialet har forsker måtte justere sin forforståelse underveis i prosessen. Meningen kom etter stadige korrigeringer av horisontene. Den ble forstått i lys av den sammenheng den sprang ut fra, og delene ble forstått i lys av helheten. Dette for å oppnå det Eilertsen (2000) kaller en horisontsammensmelting. Denne studien anses som hermeneutisk da forsker på denne måten brukte sin forforståelse for å oppnå ny og dypere forståelse.

Tilgang til feltet

I kvalitative studier samles data inn i den virkelige verden (Polit og Beck, 2004, s. 248). Det ble derfor søkt tilgang for studien til en ortopedisk sykehusavdeling i Norge (Vedlegg 1 og 2). Godkjenning til feltet ble gitt og avdelingen var villig til å samarbeide (Vedlegg 3 og 4). Underveis i rekrutteringsprosessen ble det søkt tilgang til enda en ortopedisk sykehusavdeling i Norge, da rekrutteringen gikk langsomt. Samme søknader ble sendt. Tilgang til feltet og avdeling ble også gitt her (Vedlegg 5 og 6). De samme prosedyrer og tiltak ble gjort ved begge avdelingene.

Et godt samarbeid med feltet ble gjennom hele prosessen tilstrebet, ved å være tilgjengelig og tilpasningsdyktig. Forsker var stadig i dialog med ledelsen og opplevde å ha

tillit i de tre månedene rekrutteringen foregikk. Avdelingene ble informert muntlig om studien og gjennomføringen av den ved fire anledninger. De fikk også utdelt skriftlig informasjon som var tiltenkt sykepleierne som skulle spørre pasientene om deltakelse (Vedlegg 7). Som en påminnelse om at studien pågikk, ble det hengt opp en plakate på vaktrommene.

Rekruttering og utvalg

Utvalgskriterier

For å bli inkludert i studien måtte respondentene være pasienter som hadde gjennomgått et lårhalsbrudd. De måtte være 67 år eller eldre, fordi studiens målgruppe var eldre pasienter, og 67 år er den formelle pensjonistalderen i Norge. Både kvinnelige og mannlige pasienter ble spurt, men et eksakt antall av hvert kjønn var ikke nødvendig. Et annet inklusjonskriterium var at respondentene måtte være av norsk bakgrunn og norsktalende, da det var den norske kultur som skulle undersøkes. Norsktalende respondenter gjorde også kommunikasjon og forståelse lettere. Det siste kriteriet var at respondentene måtte være klare og orienterte, altså samtykkekompetente.

Rekruttering

Pleiepersonellet fikk ansvar for å se etter aktuelle pasienter til studien. Dersom pasienter passet inn i utvalgskriteriene, skulle de spørres om deltakelse. Pleiepersonellet ble informert om at pasientene ikke skulle spørres før det andre postoperative døgnet, fordi pasientene var akuttinnlagt og hadde gjennomgått operasjon, noe som både er fysisk, mentalt og sosialt belastende. Intervjuene skulle skje dagen før utskrivelse, da respondentene hadde fått samlet flest erfaringer rundt sykehusoppholdet. For at pasientene ikke skulle bli spurt flere ganger, og føle seg presset til å delta, ble det informert om at pasientene først måtte bli spurt om de hadde fått forespørsel tidligere. Pasientene som ønsket å delta i studien, måtte skrive under et informert samtykkeskjema (Vedlegg 8). De fikk god tid til å lese informasjonen på samtykkeskjemaet, og eventuelt diskutere dette med sine pårørende. Når samtykkeskjema var underskrevet ble forsker kontaktet. Gjennom pleiepersonellet ble det avtalt et møte hvor forsker informerte og gav respondentene mulighet til å stille spørsmål. For ikke å miste intervjuenes spontanitet ble bare studiens tema presentert, og respondentene ble oppfordret til å tenke ut historier som var aktuelle.

Selv om forberedelser ble gjort, informasjon gitt og kommunikasjon opprettholdt, gikk rekrutteringen langsomt. Ifølge feltet var hovedproblemet travelhet, få innlagte pasienter, en vanskelig pasientgruppe, da de ofte var syke, medtatte og mentalt sårbare, og at pasienter ikke ønsket å delta fordi de hadde problemer med å uttrykke seg, var tunghørte eller syntes det var skremmende.

Utvalget

Rekrutteringen førte til et utvalg på ni kvinner i alderen 70-99 år. Respondentene ble rekruttert på bakgrunn av å inneha kvalifikasjoner som var strategiske i forhold til problemstillingen i studien. Polit og Beck (2004, s. 306) og Thagaard (2003) kaller dette for strategisk utvalg (purposeful sampling). Det ble tillat stor bredde i utvalget i forhold til hvilken bakgrunn, personlighet, evner, interesser, syn og perspektiv de representerte. Noe homogent ble likevel utvalget da alle respondentene var eldre mennesker med lårhalsbrudd, som kunne identifiseres med hverandre. Som i denne studien kan det ved strategisk utvalg være vanskelig å rekruttere respondenter. Fremgangsmåte for å velge ut respondenter var basert på hvilke som var tilgjengelige. Derfor hadde også studien et tilgjengelighetsutvalg (convenience sampling). Det beskrives av Polit og Beck (2004, s. 305) og Thagaard (2003). For nærmere beskrivelse av utvalget henvises til vedlegg 9, tabell 1.

Metode for innsamling av data

Ifølge Kvale (2001) er det gjennom samtale mulig å lære å kjenne andres erfaringer, følelser og håp, og lære om den verden de lever i. På bakgrunn av studiens problemstilling skjedde derfor innsamling av data ved hjelp av det Kvale kaller det kvalitative forskningsintervjuet. Det defineres som ”et intervju som har som mål å innhente beskrivelser av den intervjuedes livsverden, med henblikk på fortolkning av de beskrevne fenomenene” (Kvale, 2001, s. 21).

Kvale (2001) beskriver intervjuet som et halvstrukturert intervju. Ifølge Morse og Richards (2002) kan halvstrukturerte intervju brukes når forsker har noe kunnskap om fenomenet og området. Samtalen i intervjuet er ikke likeverdig, men har et asymmetrisk maktforhold, noe som i denne studien ble tydelig ved at forsker definerte situasjonen, presenterte temaene og styrte intervjuene med sine spørsmål. Fleksibilitet ble etterstrevd ved at det ble tatt hensyn til situasjonen og den enkeltes forutsetning. Innsamling av data bestod av tre ulike faser.

Forberedelsesfasen

Foruten faglige forberedelser ble metoden for innsamling av data planlagt. Stedet for hvor intervjuene skulle foretas ble lagt til et egnet rom på avdelingene hvor respondentene var innlagt. Dette fordi respondentenes erfaringer da var sterkt i minne, det ville være lettere for dem å si ja til deltakelse og fordi flere respondenter ikke hadde avklart hvor de skulle etter sykehusoppholdet. Antall respondenter ble også vurdert. Den anslagsvise størrelsen ble 6-8, noe Fagermoen (2005) mener er et antall som kan gi mye data både i bredde og dybde. Forsker var åpen for flere respondenter alt etter hvor rikt datamaterialet ble.

Intervjuguiden ble også laget i forberedelsesfasen (Vedlegg 10). Den var et resultat av studiens mål, hensikt, problemstilling, forskningsspørsmål, teoretisk referanseramme og tidligere erfaringer, og ble brukt som en grov plan. Det ble tilstrebet god struktur, logisk oppbygging og et muntlig språk. Det ble reflektert over hvordan begrepet verdighet skulle brukes, da begrepet ikke brukes stort i dagligtale og derfor kunne bli vanskelig å prate om. Kunnskap om begrepet ble derfor tilegnet, for å vite hvilke spørsmål som kunne stilles og hva som var viktig å lytte etter. Videre var det viktig at respondentene selv definerte begrepet, og at forsker innrettet seg etter dette.

Siden forsker på mange måter ”skaper” data på bakgrunn av sin forforståelse og den person forsker er, spiller menneskelige faktorer inn i hele forskningsprosessen (Thagaard, 2003). For at ikke ubevisste følelser på en uerkjent måte skulle styre empirien ble forforståelsen nedtegnet og gjort tilgjengelig for refleksjon, og det ble vist varhet for om den møtte motstand. All forforståelse var ikke mulig å gjøre eksplisitt fra starten, da noe ikke ble synlig før i møte med respondentene. Forskers erfaringer og det perspektivet som introduksjon, litteraturgjennomgang og teoretisk rammeverk representerer, var forskers forforståelse.

Gjennomføringsfasen

Siden et intervju ikke kan betraktes uavhengig av den sammenheng det skjer i (Fog, 2004), var samspillet mellom respondent og forsker avgjørende for hvordan intervjuene ble, og hvilke data som fremkom. Kontakten mellom respondent og forsker var for det meste god og samtalene fløt lett, men hvert intervju erfartes ulikt da både personlighet, kjemi, humør og grad av opplagthet spilte inn. Forsker prøvde å vise sensitivitet overfor den enkelte person og var variabel i det enkelte møte.

Hvordan respondentenes følelser overfor forsker kunne påvirke empirien, ble også vurdert. I følge Thagaard (2003) kan forskers personlige egenskaper, ytre kjennetegn som kjønn, alder og sosial bakgrunn være av betydning. Siden alle respondentene var kvinner, gav dette en fordel fordi kjønn ifølge Thagaard (2003) gir grunnlag for felles forståelse. Det ble på ulike måter tatt hensyn til respondentens alder og reflektert over hvordan aldersforskjellen kunne påvirke data. At forsker var sykepleier hadde også betydning. Dette ble derfor nedtonet ved ikke å bære synlige tegn på dette, og det ble henvist til avdelingen dersom respondentene hadde sykepleiefaglige spørsmål.

Det ble tilstrebet å skape en så trygg atmosfære som mulig under intervjuene, slik at respondentene følte seg vel og turte å gi uttrykk for sine meninger. Dette ble gjort ved å ta en viss ledelse i intervjuene, vise respekt, støtte og empati, og ved å motivere og hjelpe respondentene til å fortelle sin historie. Polit og Beck (2004, s. 348) påpeker at forsker må være forberedt på sterke emosjonelle følelser. Dette ble erfart da respondentene under intervjuene fortalte om såre personlige erfaringer. Det ble tilstrebet en balansegang mellom å få erfaringene frem, og ikke presse respondentene for mye. Intervjuene var samtalepreget og åpne, og forsker forsøkte å holde oppmerksomheten rettet mot respondentene, deres fortellinger og de refleksjoner dette skapte. En lyttende og aktiv rolle ble tilstrebet, men ikke så aktiv at den opplevdes truende. Det ble gitt bekreftende og oppmuntrende tilbakemeldinger underveis, samtidig som forsker forsøkte å ha en nøytral rolle slik at tilbakemeldingene ikke skulle oppmuntre respondentene i noen retning. Nonverbale observasjoner ble gjort og notert underveis i intervjuene sammen med stikkord på tema forsker ville komme tilbake til senere, for ikke å avbryte respondentene.

Med tanke på respondentenes alder ble det viktig å gi dem tid. Dette ble kommunisert med et avslappet kroppsspråk og ved å vente litt lenger enn det som føltes behagelig på svarene, uten at respondentene ble forlegne. Flere respondenter gav uttrykk for at det var godt å snakke med noen. Dette gav utslag i at flere snakket mye, også om tema som ikke berørte studiens problemstilling direkte. Avveielser mellom å vise respekt for deres historie og viktigheten av å ha nok tid til å få besvart spørsmålene, ble tatt. Tålmodighet resulterte i gode data, da de rikeste beskrivelsene ofte kom i slutten av en historie eller etter en pause. Det ble brukt et enkelt språk, uten fremmedord og sjargonger. Da noen av respondentene var tunghørte, ble det snakket høyt, tydelig og langsomt. Forsker forsikret seg om at spørsmålene ble forstått. Flere respondenter virket nervøse før start, og påpekte at de ikke trodde de hadde noe å bidra med. Det ble derfor påpekt at de ikke på noen måter ble vurdert eller bedømt.

Det første intervjuet ble sett på som et prøveintervju. Senere ble det også bestemt å inkludere dette. Foruten de justeringer som ble gjort i etterkant av prøveintervjuet, ble de samme retningslinjer fulgt og tilstrebingen gjort her. Alle intervjuene ble tatt opp på bånd. De fleste respondentene virket ikke til å la seg stresse av lydopptakeren og alle gav godkjennelse til bruk av den. Ingen tekniske problemer oppstod, og forhåndsregler ble tatt for å unngå praktiske problemer. Fordelen med bruk av lydopptaker var at hele oppmerksomheten kunne vies respondentene.

I hovedtrekk gjennomgikk alle respondentene de samme tema, men respondentenes beskrivelser drev intervjuene. Dermed ble spørsmålenes rekkefølge og dybden forskjellig fra intervju til intervju. Alle startet med en innledning av forsker. Deretter ble det stilt noen nøytrale og ufarlige spørsmål, før respondentene fikk fortelle sin historie fritt. Det ble forsøkt å gå i dybden av det respondentene fortalte. Inngående og spesifiserende spørsmål ble brukt for å få tak i følelsene bak ordene, og mer direkte spørsmål ble brukt når noe måtte avklares. Hypotetiske spørsmål ble brukt for å få frem respondentenes ønsker. Emosjonelle emner ble tatt opp etter hvert. Til slutt ble en kort oppsummering gjort, og respondentene fikk anledning til å ta opp ting eller stille spørsmål. Gjennomsnittlig varte intervjuene i en time.

Refleksjonsfasen

Refleksjon var både et viktig hjelpemiddel for å forbedre intervjuene underveis, og en viktig del av tolkningsprosessen. Etter alle intervju ble de umiddelbare refleksjonene rundt intervjuene, situasjonene og respondentene nedtegnet, sammen med de første tolkningene. De fleste intervjuene ble transkribert før det neste intervju ble gjennomført. Også i denne prosessen ble refleksjoner nedtegnet.

Analyse

”Analysen skal bygge en bro mellom rådata og resultater ved at det organiserte datamaterialet blir fortolket og sammenfattet” (Malterud, 2003, s.93). I denne studien startet analysen parallelt med innsamling av data, og har fortsatt gjennom hele forskningsprosessen. Systematisk gjennomgang av analysetrinnene ble foruten transkripsjonen gjort i sin helhet etter at intervjuene var gjennomført. Det ble valgt å benytte analysemetoden systematisk tekstkondensering, slik Malterud (2003) beskriver den. Metoden er inspirert av Giorgi og modifisert av Malterud selv. Den beskrives som godt egnet til bruk av analyse av fenomener

som beskrives av ulike respondenter, for å utvikle nye beskrivelser og begreper. Selv om analysemetoden har et fenomenologisk utgangspunkt, var det ønskelig å benytte denne i studien, da fenomenologi og hermeneutikk er nært knyttet til hverandre (Polit og Beck, 2004, s. 249). Siden dette var forskers første forskningsprosess var det viktig å ha klare retningslinjer for hvordan analysen kunne utføres, noe denne analysemetoden hadde. Den var forståelig og enkel å følge gjennom alle analysetrinn, og var egnet til studiens problemstilling. Forsker gjorde likevel noen justeringer underveis for å gjøre analysemetoden til sin egen. Nedenfor vil det bli gitt en oversikt over analysens forskjellige trinn og de refleksjoner og valg gjort underveis.

Transkripsjon

Selv om transkripsjon ikke er et av analysetrinnene i Malteruds analysemetode, var dette likevel en forutsetning for å starte med analysen. Transkripsjonen ble gjort så korrekt som mulig og prøvde å reflektere intervjusituasjonen som helhet. Alle intervjuene ble transkribert ordrett. Gjentakelser, ”mmer” og ”jaer” ble notert, og pauser og lignende registrert. For å unngå feil ble båndet lyttet til flere ganger. Respondentenes ufullstendige setninger ble kun tilegnet dem når det ble bekreftet at det var dette de mente. Transkripsjonen gav 162 sider med tekst når linjeavstanden var halvannen.

Danne helhetsinntrykk

I det første analysetrinnet ble de transkriberte sidene gjennomlest for å danne et helhetsbilde. Teksten ble lest med en forventning om at den kunne gi noe nytt og si noe om problemstillingen og forskningsspørsmålene. Hele intervjusituasjonen ble tatt i betraktning, for ikke å fragmentere helhetsbilde. Helheten var viktigere enn detaljene. Etter gjennomlesning av hvert intervju ble tema som var tydelige, og som kunne relateres til problemstillingen notert. Da alle intervjuene var gjennomlest, ble tema sammenfattet og navngitt. Til slutt ble de lest opp mot notater gjort i forbindelse med intervjuene og etter transkripsjonen. Flere av de samme tema gikk igjen.

Fra tema til koder

I dette analysetrinnet ble de transkriberte sidene lest på nytt og teksten vasket. For å sortere den delen av teksten som kunne tenkes å besvare problemstillingen, og for å få oversikt over materialet, ble det utarbeidet en matrise (Vedlegg 11, tabell 2). Første kolonnen i matrisen

inneholdt tema fra det enkelte intervju. I neste kolonne stod spørsmålene som var utgangspunktene for de meningsbærende enhetene. For å finne meningsbærende enheter ble den vaskede teksten lest linje for linje. Tekst som på en eller annen måte kunne si noe om problemstillingen eller kunne knyttes til tema fra første trinn, ble kopiert over i matrisen, og utgjorde den tredje kolonnen. Noen meningsbærende enheter var lange historier, andre var korte og presise svar. Det ble heller tatt med for mye enn for lite tekst. De meningsbærende enhetene ble lest igjen for å lete etter kjernen i det de formidlet, og det ble satt merkelapper på dem, alt etter hva de omhandlet. Disse merkelappene ble kalt koder og utgjorde den fjerde kolonne i matrisen. Slik ble alle intervjuene bearbeidet.

Tema fra første trinn ble brukt som veivisere i kodingen, men forsker var noe mer åpen i kodingen enn det forstås at Malterud (2003) er. De lenger meningsbærende enhetene fikk i noen tilfeller flere koder, mens noe tekst ikke fikk koder og falt bort, da teksten ikke var relevant for problemstillingen og forskningsspørsmålene. Kodingen fungerte som merking av de meningsbærende enheter, slik at de kunne leses i sammenheng med beslektede tekstelementer. For å sette kodene som var beslektet sammen i en mer overordnet gruppe, ble det utarbeidet en ny matrise der intervjuene ble nummerert i hver sin kolonne, og hvor alle kodene fra hvert intervju ble kopiert inn under det intervjuet de tilhørte. Videre ble alle kodene nummerert etter hva de omhandlet. Også her var tema fra første analysetrinn veivisere. Koder som omhandlet det samme tema ble satt i samme kodegruppe. Dette utgjorde tretten kodegrupper. Noen koder ble satt sammen mens andre falt bort, da de ikke var relevante. Kodingen ble kontrollert opp mot de opprinnelige intervjuene og tema fra første trinn.

Fra kode til mening

Det tredje analysetrinnet hadde som mål å abstrahere den kunnskap som hver kodegruppe representerte. De enkelte kodegruppene var ikke en ensartet gruppe, men inneholdt forskjellige nyanser innenfor samme tema. For å forstå disse nyanser og abstrahere innholdet, ble de meningsbærende enhetene som tilhørte kodene innenfor samme kodegruppe knyttet sammen. For å organisere arbeidet ble det laget en matrise for hver kodegruppe (Vedlegg 12, tabell 3). I første kolonne ble kodene som tilhørte denne kodegruppen satt. I neste kolonne stod kodegruppens navn. Deretter en kolonne med de meningsbærende enhetene innenfor kodegruppen, som alltid bar med seg intervjunummer og sidetall. I lesningen av de meningsbærende enhetene innenfor hver kodegruppe, ble det sett etter likheter og mønster.

Det ble også tilstrebet å se etter erfaringer i det som stod skrevet. Det ble spurt hva teksten fortalte om tema, og ulike nyansene i kodegruppene kom frem. Når det dukket opp nye nyanser i teksten ble resten av materialet vurdert på nytt, for å se om dette ble bekreftet andre steder. På den måten beveget analysen seg fra del til helhet og tilbake til del igjen, som den hermeneutiske sirkel beskriver. De meningsbærende enhetene ble gruppert etter mønster og nyanser som passet sammen, og materialet ble sortert inn i subgrupper, som utgjorde den fjerde kolonnen i matrisen. Dette arbeidet ble gjort på alle kodegrupper.

For å kondensere og fortette innholdet i hver subgruppe, ble det utarbeidet et artefakt. Artefaktene ble stående i den femte kolonnen i matrisen, og var et sammendrag som gjenfortalte det konkrete innholdet i de meningsbærende enhetene. Respondentenes egne ord og begreper ble brukt. I utarbeidelsen av artefaktene ble det hele tiden lagt vekt på hva disse beskrivelsene kunne fortelle om problemsstillingen og forskningsspørsmålene. Det ble skrevet artefakter til alle subgruppene i alle kodegruppene. Subgruppens endelige navn ble bestemt etter at artefaktene var utarbeidet og gjennomlest. Subgruppene og artefaktene ble deretter det materialet som det ble jobbet videre med, men materialet ble sjekket opp mot helheten.

Fra kondensering til beskrivelser og begreper

Fjerde og siste analysetrinn hadde som mål å sette delene sammen igjen og sammenfatte det i gjenfortellinger som kunne deles med andre, og gi grunnlag for nye beskrivelser og begrep. Material bestod nå av 90 subgrupper og 53 sider med artefakt. Siden dette fremdeles var et stort materiale, ble det nødvendig med ytterligere abstrahering. Subgruppene med de tilhørende artefaktene ble gjennomlest, med tanke på hva teksten kunne si. Deretter ble de sortert i underkategorier. Dette ble tolv underkategorier som fikk midlertidige navn. Noen subgrupper falt bort da de ikke var relevante, mens andre ble slått sammen. Underkategoriene og tilhørende artefakter dannet grunnlaget for presentasjon av funn, og passende sitater fra teksten som kunne tydeliggjøre innholdet ble brukt. Sitatene ble omgjort til skriftlig form, men det ble forsøkt å være lojal mot respondentenes stemmer. Sitatene ble nummerert for å få oversikt over om alle respondentene ble hørt. Alle ble representert, men noen brukes hyppigere enn andre, da noen gav rikere muntlige bidrag. Da alle underkategorier var gjennomarbeidet, ble det tydelig at de hadde forbindelse til verdighet på to måter. De kunne enten forbindes med en indre opplevelse av verdighet eller en ytre påvirkning av verdighet. Disse to hovedkategoriene ble slutførselen av analysen.

Til slutt ble funnene lest opp mot de opprinnelige intervjuene og de transkriberte tekstene. Siden matriser hadde blitt brukt, kunne tema, meningsbærende enheter, koder, kodegrupper, subgrupper, artefakter, underkategorier og hovedkategorier kryssleses (Vedlegg, 13, tabell 4). Prosessens deler kunne gjenkjennes i det endelige resultatet.

Forskningsetiske overveielser

For å sikre seg mot forskningsetiske overtramp, har det blitt gjort forskningsetiske overveielser gjennom hele forskningsprosessen, spesielt siden forskningen var rettet mot en sårbar pasientgruppe. Verdens legeforening har utarbeidet Helsinkideklarasjonen; prinsipper til rettledning for forskere som utfører forskning som omfatter mennesker, for å fremme respekt for alle mennesker og beskytte deres helse og rettigheter (Malterud, 2003). Ifølge Kvale (2001) står tre punkt sentralt her. Nedenfor vil disse bli presentert i forhold til hvordan de ble ivare tatt i denne studien.

Alle respondentene som deltok i studien skrev under på et informert samtykkeskjema. Informasjonen som stod i samtykkeskjema ble gjentatt muntlig flere ganger, og forsker forsikret seg om at respondentene hadde forstått dette. Da deltakelse i studien var frivillig, ble det lagt vekt på et kontinuerlig samtykke fra respondentene, ved at forsker hørte hvordan de hadde det underveis. De fikk informasjon om at de kunne nekte å svare på spørsmål, avslutte intervjuet når de ønsket og trekke seg fra studien når som helst i prosessen. Dersom de ønsket å benytte seg av disse mulighetene, fikk de beskjed om at det ikke var nødvendig å gi noen begrunnelse. Respondentenes avhengighetsforhold til pleiepersonellet ble vurdert i rekrutteringsfasen. Respondentene ble informert om at det ikke ville gå utover pleien, dersom de ikke ønsket å delta. Det ble også gjort vurderinger på hvordan dette kunne påvirke informasjonen de gav, spesielt siden de var informert om at forsker var sykepleier. Det ble derfor poengtert at forsker ikke hadde tilknytning til avdeling, og hadde taushetsplikt. Vurderinger av den enkelte pasients samtykkekompetanse stod også sentralt i rekrutteringsfasen, da noen pasienter, på grunn av omstendighetene befant seg i ”gråsonen.”

Det neste punktet som står sentralt i de forskningsetiske overveielser er i følge Kvale, (2001) kravet om konfidensialitet. For å møte dette kravet ble datamaterialet ved transkribering avidentifisert ved at navn, årstall og dialekter ble tatt bort. Samtykkeskjema, lydbånd og koblingsnøkler ble oppbevart i låsbart skap.

Det tredje punktet Kvale (2001) mener må overveies, er konsekvensene forskningen vil gi. Respondentene ble informert om fordeler og ulemper ved deltakelse. Mulige belastninger for respondentene ble vurdert og minimalisert så mye som mulig. Hensynet til respondentene kom i første rekke, og de fikk være delaktige i alle avgjørelser som gjaldt dem. Risikoen for belastning ble vurdert opp mot hvilken nytte studien kunne gi. Nytten var verdien av ny kunnskap og at respondentene opplevde at de var med på noe meningsfullt. De opplevde å være til nytte, og det var styrkende for selvfølelsen at deres oppfatninger og erfaringer ble verdsatt.

Overveielser rundt at respondentene var en utsatt gruppe i en sårbar situasjon ble gjort. Respondentene var eldre nyopererte mennesker som var innlagt på sykehus, noe som var overveldende og skremmende for dem. Det ble derfor tatt hensyn til disse faktorer med ikke å belaste dem ytterligere, for eksempel ved at intervjuene ble innrettet etter om de var opplagte eller ikke. Under intervjuene ble det observert om de ble slitne og forsker forsikret seg om at de var komfortable. Likevel var det viktig ikke å svakliggjøre respondentene, da mange opplevdes som ressurssterke og robuste.

I intervjusituasjonene kom forsker tett på respondentene. Med tanke på det asymmetriske maktforholdet ble det vist varhet og sensitivitet overfor respondentenes grenser. Forsker ønsket ikke å skape psykisk uro, slik at de angret på ting de hadde fortalt i etterkant.

Før det ble søkt om tilgang til feltet, ble Regional komité for medisinsk forskningsetikk (REK) kontaktet, med tanke på å søke tillatelse for studien. Forsker fikk tilbakemelding om at studien falt utenfor mandatet til REK (Vedlegg 14). Meldeskjema om studien ble sendt til Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste AS (NSD), der studien ble tilrådd (Vedlegg 15). Blant annet på grunn av problemer med rekruttering og fordi analyseprosessen tok lenger tid enn antatt, har prosjektslutt blitt utsatt to ganger. Endringsskjema har blitt sendt NSD begge gangene. Etter samråd med NSD ble respondentene informert om at prosjektslutt var utsatt (Vedlegg 16). Veileder var med i alle disse prosesser.

Forskningsmessig kvalitet

Validitet blir i forskningssammenheng forstått som vitenskaplig troverdighet og er et hovedmål og hovedkriterium for å måle forskningskvalitet (Fagermoen, 2005). Validitet blir

definert som en uttalelses sannhet og riktighet. Det har å gjøre med i hvilken grad en metode undersøker det den var ment å undersøke (Kvale, 2001).

Kvalitativ forskning, er som kvantitativ forskning opptatt av forskningskvalitet og ønsker å reflektere sannheten. Selv om andre begreper brukes for å måle forskningskvaliteten ved kvalitativ forskning enn ved kvantitativ forskning, må det også ved kvalitativ forskning være ulike kriterier tilstede for at forskningen skal være tillitsvekkende (Fagermoen, 2005). Nedenfor vil disse kriteriene presenteres, for å vise hvordan de ble ivaretatt i denne studien.

Troverdighet

Det første kvalitetskriteriet er troverdighet, noe som tilsvarer indre validitet. Forskning må utføres på en måte som er troverdig, og dette må demonstreres for leseren (Fagermoen, 2005; Polit og Beck 2004, s. 430). Studien har forsøkt å ivareta troverdigheten ved å bruke god tid på å skaffe dybde data og ved å gjøre nøye observasjoner. Veileder ble brukt som diskusjonspartner i alle faser av forskningsprosessen. Hun var med å vurdere data fra råmateriale til det endelige resultatet, og har på den måten ”kikket forsker i kortene.” Noe som kalles for peer-debriefing (Fagermoen, 2005). Studiens prosess, observasjoner, tolkninger og funn ble også diskutert med medstudenter. Gjennom dialog med andre fikk forsker overprøve gyldigheten av sine tolkninger, noe Kvale (2001) og påpeker er viktig. Troverdigheten øker også ved hjelp av member-checking. Det vil si å presentere sine tolkninger for respondentene (Fagermoen, 2005; Polit og Beck, 2004, s. 432-433). Dette skjedde i denne studien først og fremst under intervjuene. Da presenterte forsker sine tolkninger for respondentene slik at de kunne avkrefte eller bekrefte disse. Ledende spørsmål som for eksempel: ”Forstår jeg deg riktig når jeg sier...” ble brukt.

Troverdigheten øker også når det letes etter data som utfordrer forskers forforståelse og de allerede frembrakte funn (Fagermoen, 2005; Polit og Beck, 2004, s. 433-434). Data som dette ble i studien fulgt ekstra opp, og det ble kun tatt bort intervjuetekst som ikke falt under studiens problemstilling eller forskningsspørsmål. Denne intervjueteksten ble også kontrollert to ganger, for å se om den likevel kunne benyttes. Det ble tilstrebt å ha en åpen og undrende innstilling til tema, feltet og funnene, gjennom hele prosessen.

Pålitelighet

Det andre kvalitetskriteriet er pålitelighet og ligner kvantitativ forsknings krav om reliabilitet og objektivitet. En gjennomført gransking og vurdering er ønskelig, for å oppnå en ekte

forståelse av respondentenes erfaringer (Fagermoen, 2005). Det ble brukt åpne spørsmål i intervjuene, slik at det respondentenes sa ikke ble styrt. For at respondentenes beskrivelser skulle bli bevart nøyaktig, ble det brukt lydbånd. Den samme intervjuguiden ble brukt på alle respondentene, og i forbindelse med analyseprosessen ble det stilt gyldige spørsmål til intervjueteksten og gjort logiske tolkninger. Det ble jobbet induktivt ved at de tema og koder som ble satt, kom fra det respondentene fortalte. Ulike tolkningsperspektiv ble presentert og diskutert. Flere funn var overraskende og tvetydige, men har blitt presenterte slik de fremkom.

Selv om forsker har forsøkt å være sin forforståelse bevisst, har faren for bias likevel vært tilstede. Nærhet til stoffet har til tider gjort kritisk refleksjon vanskelig. Det ble likevel gjennom hele forskningsprosessen tilstrebt å være klar over forforståelsen slik at teksten, i henhold til Gadamar (1989) ble tolket og presentert i all sin annerledeshet og således hevdet sin egen sannhet imot forskers forforståelse.

Bekreftbarhet

Bekreftbarhet er det tredje kvalitetskriteriet, og det er kvalitative studiers svar på reliabilitet. Reliabilitet dreier seg om i hvilken grad funnene er objektive og nøytrale, slik at de kan reproduseres av en annen forsker, ved bruk av for eksempel samme intervjuguide (Fagermoen, 2005; Polit og Beck, 2004, s. 435). I kvalitative studier skjer forskningen i en kontekst som er subjektavhengig. Samme situasjon lar seg vanskelig konstruere flere ganger. Studien må derfor gjøres gjennomsiktige, slik at andre kan vurdere dens gang (Fagermoen, 2005). I hele prosessen og gjennom alle trinn ble konsistens tilstrebet, og det ble forsøkt å lage en sti som andre kunne følge. Ulike typer refleksjonsnotater ble skrevet, for i etterkant se hvordan prosessen ble til, og presentere dette for leseren (Vedlegg 17). Notatene inneholdt studiens progresjon, valg, begrensninger, refleksjoner og observasjoner. Tvil ved egen fremgangsmåte og konklusjoner ble diskutert, og det ble forsøkt å ha et kritisk blikk på egen rolle, ideer, valg og handlinger, i forhold til hvordan data ble til og hva som påvirket dem. Refleksiviteten berørte alle ledd i forskningsprosessen.

Overførbarhet

Begrepet overførbarhet er det siste kvalitetskriteriet og tilsvarer ytre validitet. Her måles det om funnene har gyldighet utover sine omgivelser, og om de kan overføres til en annen setting eller gruppe (Fagermoen, 2005; Polit og Beck, 2004, s. 435). Nord (1998) påpeker at utforskende studier i kvalitativ forskning ikke har generalisering som hensikt, og derfor ikke

skal kritiseres for mangel på dette. Det fritar likevel ikke forsker til å forholde seg til spørsmålet om overførbarhet, da dette er en forutsetning for at kunnskap skal kunne deles med andre. Målet for studien har vært at andre i etterkant kan dra nytte av den kunnskap studien har frembrakt. Ifølge Kvale (2001) skal forskningsfunn ses i praksis og bidra til handlingsendring, noe han kaller pragmatisk validitet. Det er vanskelig, på det nåværende tidspunkt å uttale seg om studien har greid dette, da ringvirkningene kun kan ses i ettertid. Selv om feltet var avgrenset og spesialisert, utvalget lite og homogent, kan det tenkes at funnene har nyanser og mønstre som er verdifulle for sykepleien til eldre mennesker. Studien kan gi helsepersonell økt forståelse av begrepet verdighet og ivaretagelse av den. Spesielt relevant er studien for det aktuelle feltet hvor den har sin opprinnelse. Det ble også tydelig under intervjuene at det skjedde en forandring av respondentenes egen innsikt og selvforståelse. De gav uttrykk for en økt forståelse av tema og økt innsikt i hvordan de erfarte seg selv, og hvorfor de opplevde ting som de gjorde.

Det er viktig å poengtere at respondentene kanskje hadde uttrykt seg annerledes et annet sted eller på et annet tidspunkt, da tidsaspektet og konteksten de befant seg i hadde betydning for hva og hvordan de uttrykte seg. Det er et interessant spørsmål om studiens funn, frembrakt av et kvinnelig utvalg, er overførbare til mannlige pasienter. På noen områder er kanskje dette mulig, men det er viktig å tenke på at noen av funnene er knyttet til kvinners identitet, og derfor vanskelig lar seg overføre. Det ble forsøkt å rekruttere menn, men ingen ønsket å delta i studien. I utgangspunktet er det et mindre antall menn tilgjengelige, da det er dobbelt så mange kvinner som menn som brykker lårhalsen (Pasientstatestikk, 1998-2000). Foss (2002) konkluderer med at kvinner kan erfare møte med helsepersonellet mindre positivt enn mannlige pasienter. På bakgrunn av dette kan det tenkes at pasienterfaringene hadde vært annerledes dersom utvalget også inneholdt mannlige pasienter. Videre var alle respondentene fra samme avdeling, da ingen pasienter sa seg villig til å delta ved den andre avdelingen. Dette kan ha påvirket datamaterialet i form av at avdelinger preges av ulike avdelingskulturer. Den store aldersforskjellen på respondentene gav studien en ekstra dimensjon, da erfaringer både fra pasienter i starten og i slutten av alderdommen, fremkom.

KAPITTEL 5 PRESENTASJON AV FUNN

Analysearbeidet gav grunnlag for å dele funnene inn i to hovedkategorier. - Indre opplevelse av verdighet, og ytre påvirkning av verdighet. Begge kategoriene var avgjørende for hvordan respondentene i sin helhet erfarte å få sin verdighet ivaretatt under sykehusoppholdet.

Funnene viste også at det var sammenheng mellom hovedkategoriene. Respondentenes indre opplevelse av verdighet var betydningsfull for hvordan de erfarte den ytre påvirkning av verdighet, og den ytre påvirkning var utslagsgivende for den indre opplevelsen av verdighet.

Indre opplevelse av verdighet

Respondentenes erfaringer med ivaretagelse av verdighet, var avhengig av deres indre opplevelse av verdighet. En respondent fortalte at verdighet var noe som måtte oppleves i kropp, sjel og sinn. Den indre opplevelsen av verdighet var ikke bare en opplevelse de hadde under sykehusoppholdet, men noe de bar med seg i livet generelt. Den ble tydelig gjennom elementer som: menneskets iboende verdighet, personene de var, det levde liv, sosiale roller, uavhengighet og gjennom hvilke holdninger og forventninger de hadde til seg selv og sine omgivelser. Den indre opplevelsen av verdighet fortalte ikke noe direkte om hvordan respondentene erfarte å få sin verdighet ivaretatt, men den fortalte noe om hva verdighet var for dem, hvor de hentet opplevelsen fra, og hva som var med å opprettholdt den.

Menneskets iboende verdighet

Menneskets iboende verdighet var ifølge funnene det mest grunnleggende for den indre opplevelsen av verdighet. Respondentene fastslo at alle mennesker hadde et menneskeverd. For som en av respondentene sa: ”Mennesker er mennesker uansett. Gamle, unge, unger, alt i sammen. Fargende, hva søren det er, så er det mennesker alt i sammen. Så jeg vurderer det slik at det ikke er lov å se ned på et menneske.” (Resp. 8). Respondentene mente videre at mennesker ikke skulle settes i grupper, men respekteres for dem de var. Noen var gamle, noen hjelpetrengende, men alle hadde verdighet og skulle vises respekt.

Verdighet i kraft av personen de er

Respondentene viste til en tosidighet av verdighetsbegrepet. Foruten menneskets iboende verdighet beskrev de en verdighet som tilskrevs personen i kraft av det personen var. Det kan forstås som at mennesket i kraft av den de er, selv har en opplevelse av indre verdighet som smitter over på omgivelsene. Mennesket får da bekreftelse på sin indre opplevelse av verdighet, noe som igjen er styrkende for denne opplevelsen.

En respondent mente hun måtte være annerledes eller spesiell for å være betydningsfull. Dette tilsier at den indre opplevelsen av verdighet avhenger av om personen føler det har gjort seg fortjent til å oppleve verdighet. En respondent fortalte at mennesker som ikke hadde gjort ”dumme ting” fortjente mer ivaretagelse av verdigheten, enn de som hadde dette. Ifølge respondentene hadde noen mennesker en personlighet som det var lettere å vise verdighet til enn andre, og at det var mulig å ”smiske” seg til verdighet.

Å eie et fullverdig liv

Respondentene beskrev sitt levde liv med alt livet hadde gitt dem, av godt og vondt. De beskrev livets verdi og mening, og fortalte gjennom dette hvem de var som mennesker. De fortalte hva de var, hadde, og hadde hatt. Det kan forstås som om det å eie et fullverdig liv, gav en indre opplevelse av verdighet. På samme måte ville tap av dette være truende for denne opplevelsen.

Livet i seg selv hadde verdi for respondentene. Å eie livet gav verdighet.

Respondentene så viktigheten av å glede seg over livet, utnytte livet best mulig og ta vare på alle her og nå - situasjoner. ”Vi skal leve livet som om dagen er den siste,” (Resp. 2) sa den ene respondenten. Det var ikke bare livet generelt som hadde verdi, men også livsgleden over de små ting i hverdagen, som å eie sin egen tid, ha et godt hjem, være frisk og få besøk.

Respondentene var veldig klar over at de hadde nådd en høy alder, og aksepterte at det meste av livet var bak dem. For eksempel sa en respondent: ”Mannen har vært så full av liv. Jeg har mer vært ja, ja nå dør vi snart likevel.” (Resp. 6). Respondentene påpekte at fremtiden virket fjern fordi de følte seg gamle. Døden hadde blitt noe de måtte akseptere og som de tenkte på: ”Vi vet jo ikke hva døden vil bringe. Vi skal jo den veien alle sammen. Vi må ikke være så redde å snakke om det.” (Resp. 6).

Respondentene fortalte ivrig om sitt levde liv, hva det hadde inneholdt og hva som hadde gitt det mening. Det mest fremtredende hadde vært å ha et godt familieliv og for de aller fleste et sosialt liv. Livet med ektefelle ble høyt verdsatt, og de viste stor takknemlighet

og kjærlyghet overfor sine barn. De fortalte om viktige tradisjoner og ulike sammenkomster fra hytteturer til selskapsliv.

Men både familielivet og det sosiale livet til respondentene hadde forandret seg i løpet av årene. Respondentene uttrykte sorg over å ha mistet familie og venner, og samværet med disse. Et eksempel var: ” Nå er mannen stasjonert for godt der nede på sykehjemmet. Ja, det er jo slik at jeg er nede og besøker ham, det er ikke noe mer.” (Resp. 2). Tapsopplevelsene refererte ikke bare til kjernefamilien. Respondentene uttrykte også savn over ikke å kunne tilbringe tid sammen med familie og venner:

Å det er mye som har forandret seg. Når du var yngre og spretten så kunne du mer ha selskaper og kose deg, og var aldri redd for å be inn noen. (...) Kan ha det hos meg, sa jeg. Det var veldig kjekt. Jeg har hatt det kjekt i grunnen. Så forsvinner de etter hvert. Dør og slik, det finnes ikke igjen. Det er det verste. (Resp. 7).

Respondentene beskrev også ulike interesser og aktiviteter de hadde hatt, som turer i fjellet og på sjøen, reising, dyr, trening, håndarbeid, bøker, sang, musikk og å holde orden i hjemmet. Dette var verdier i livet som hadde gått tapt på grunn av alderen og fordi helsen var blitt dårligere. Det samme gjaldt utdanning og jobber de hadde hatt.

Flere respondenter viste til eiendeler de hadde ervervet seg i årenes løp. Dette hadde blitt en del av deres identitet, og de opplevde sorg når det gikk tapt:

Det er trist å kvitte seg med alt en har hatt, det var trist. Men, det er over nå. Nå har de hjulpet meg. Ja, det kapittelet er ferdig. Bodd på den samme plassen i førti år, så har jeg jo trivds, men slik er livet. (Resp. 5).

Dette konkluderte en respondent med når hun fortalte om flytting hjemmefra til sykehjem. En annen respondent fortalte at hun gråt da hun og mannen solgte hytten, fordi den betydde så mye for dem.

Å eie ansvars og omsorgsroller

Respondentene knyttet sin verdighet til å eie en ansvars og omsorgsroller. Disse rollene hadde gjennom livet gitt dem identitet. En respondent fortalte at hun hadde inntrykk av at hennes oppgave og verdi var å holde familien sammen. Andre sa at det viktigste var å være en ordentlig mor og husmor. De fortalte at livet med familien gav mening og medførte at de følte seg kompetente og behøvd. En respondent sa det slik:

Jeg har trivdes godt hjemme, med meg og mitt kan du si. Kanskje er det helt galt, jeg vet ikke. Men så sier datteren min: Å mor, det var så godt å ha deg hjemme. Når jeg kom hjem fra skolen og det luktet nybakt brød. (Resp. 3).

Flere respondenter skildret at de hadde en ansvarsrolle som var en veldig viktig del av livet deres. Ansvaret var først og fremst overfor ektefelle, barn og hjem. De refererte til ektefeller som hadde vært syke i flere år. ”Jeg har jo mannen som jeg steller. Han har dårligere helse enn meg.” (Resp. 1). Foruten å hjelpe sine ektefeller med stell og daglige gjøremål hadde de ansvar for å se til at alt fungerte i hjemmet. Denne ansvarsrollen hadde vært en naturlig del av livet deres i lenger tid: ”Det er jeg som har stått for det meste med ungene. Jeg har i grunnen det. Det er meg de har kommet til.” (Resp. 3).

Datamaterialet viste flere eksempler på at ansvarsrollen var tyngende. Respondentene påpekte at de følte at kravene til dem ofte ble for store, og bekymret seg over dette. Flere bagatelliserte egen helse, for å ivareta rollen.

Så er det slik at når han må reise seg opp så har han så vondt i knærne at han kommer ikke opp uten at jeg sliter han i armen. Det syns ikke jeg gjør noe. Jeg bruker den hånden som jeg ikke har brukket. Det blir ikke tungt for meg. Jeg strekker meg liksom bakover også holder jeg meg i kjøkkenbenken. (Resp. 1).

Likevel stod respondentene i dette, for som en respondent uttrykte ”Jeg har jo bare dette.” (Resp. 7).

I beskrivelsen overfor kommer også respondentens omsorgsrolle til syne. Respondentene viste omsorg for mann, familie og for andre i omgivelsene. En respondent fortalte at hun ønsket å være på sykehjemmet med sin mann, fordi hun følte seg hjemme der han var. Hennes identitet og verdi var å være sammen med ektefellen. En annen ønsket å gi sin sykehjemsplass til ektefellen, fordi hun mente han hadde mer behov for den, da hun til nøds kunne klare å gå med gåstativ.

Som ved ansvarsrollen var også omsorgsrollen krevende. Respondentene skildret en hverdag der de ikke kunne være lenge ute om gangen, i frykt for at mannen skulle falle. De måtte alltid gi beskjed når de gikk ut, og prøvde kun å forlate hjemmet når ektemannen hvilte. At omsorgsrollen var slitsom bekrefter dette sitatet:

Mannen fikk problemer med vannet og var på rehabilitering for da klarte jeg ikke mer, da bare møtte jeg veggen. (...) Det er første gang jeg har spurt om hjelp til han, men da var jeg så sliten at jeg tenkte nå orker jeg ikke mer. (...) Jeg var så nedkjørt at jeg visste ikke hva jeg het for noe. (Resp. 3).

Respondentene beskrev også en sorg og et savn over og ha mistet ansvars og omsorgsrollene på grunn av alder, sykdom og nå sykehusoppholdet. Dette fordi rollene hadde stor verdi for dem. Likevel aksepterte de at det måtte være slik. Selv om respondentene

godtok dette, hadde de samme bekymringen for sine nærmeste, og det var viktig for dem å bli møtt på dette.

Å være uavhengig

Respondentene presiserte at det var viktig for deres selvfølelse og verdighet å mestre, og at det hadde stor verdi for dem å klare seg selv, fordi dette gav opplevelsen av å være fullverdige mennesker. Dette hadde de strevd etter hele livet. Spesielt ble dette viktig etter lårhalsbruddet. ”Jeg håper bare at jeg klarer å komme igjennom de første smertene så jeg får kommet meg hjem og trent meg opp. Fungere sånn noenlunde i alle fall.” (Resp. 9).

Verdien i å være uavhengig kom også til uttrykk gjennom beskrivelser av hvilke personer de ønsket å være. De ønsket å være fysisk og psykisk oppegående, og hadde behov for å uttrykke sin selvstendighet. En respondent fortalte stolt at hun kun en gang i livet hadde hatt behov for hjemmesykepleie. Andre påpekte at de spurte mye, for å være oppdatert, og satt pris på å ha kontroll.

Respondentene var redde for å bli avhengige av andre, og strevde for å unngå dette, da det ble beskrevet som lite tilfredstillende. De ønsket ikke å være til besvær for andre. Å ligge andre til byrde ble ansett som et generelt problem, som dette sitatet viser til:

Vet du hva, du, når vi blir så gamle så tenker jeg, hva har vi i samfunnet å gjøre. Men vi kan ikke drepe oss selv. Og vi ønsker mange ganger å bli, jeg ønsker mange ganger å få bare sovnet stilt og rolig inn. For jeg mener det at vi er jo i bunn og grunn en belastning, ja. Uansett hva de sier, så blir vi en belastning. (Resp. 8).

Å være til belastning ble også ansett som et problem i relasjon til sine nærmeste. En respondent uttrykte at det var viktig og trener seg opp slik at hun ikke slet ut ektefellen.

Videre hadde de dårlig samvittighet når de trengte hjelp fra andre:

Det er jo vondt for mannen min også, som må tenke hva vi skal kjøpe og hva vi skal ordne og alt mulig sånt, han er veldig flink slik altså. Men av og til blir han litt lei av det også. Fordi han... ja, han hadde ikke tenkt sine eldre dager slik. (Resp. 6).

Det hadde også betydning hvordan andre mennesker betraktet respondentene:

Datteren vår syns i grunnen vi er veldig spreke, nå behøver ikke du svare på det, men jeg tror jo at du også syns at jeg er nokså kjekk til å være så gammel. Ja, jeg tror det. For det er mange som bare virrer rundt, men jeg er jo liksom litt klar i hodet da. (Resp. 6).

Først og fremst ønsket respondentene å bli satt i stand til å klare seg selv etter lårhalsbruddet, men ivaretagelse av verdigheten ble også beskrevet som å bli sett og akseptert

i sin avhengighet. Respondentene så at de nå var kommet i en situasjon hvor de var avhengige av andre:

Det er akkurat som det forsvinner alt når du ikke kan bevege deg. Det er merkelig med den lårhalsen der. Det når du ikke kan bevege deg. Du blir helt avhengig av hjelp, og det er ikke så kjekt når en greier seg selv. (Resp. 7).

Noen respondenter reflekterte over hva avhengighet førte til. En opplevde at hun hadde mindre verdi når hun ikke lenger greide å ta vare på seg selv, og var usikker på om hun var verdifull kun for den hun var.

Holdninger til seg selv og sine omgivelser

Respondentene hadde klare holdninger til hvordan de ville fremstå som mennesker, hva de syntes om sine omgivelser og hvordan de syntes disse omgivelsene skulle være. Det kunne virke som om det å fremstå på "riktig" måte, å ha "riktige" holdninger til sine omgivelser, var med å uttrykke og opprettholde den indre opplevelse av verdighet. Holdningene kan også forstås som respondentenes måte å beskytte seg mot ytre påvirkninger av verdigheten.

Holdningene å være ordentlig, ha en positiv og empatisk innstilling og å bagatellisere seg selv, ble tydelig.

Være ordentlig. Gjennom datamaterialet vokste begrepet ordentlighet frem. Respondentene knyttet dette til verdighetsbegrepet. Det hadde stor verdi for dem å oppføre seg skikkelig og gjøre det rette, og det gav en indre opplevelse av verdighet når de selv og deres omgivelser var ordentlige. Eksempler på dette var at respondentene var godt forberedt til intervjuene, og de ønsket å være sannferdige i sine beretninger. De fortalte også at de ikke likte å bruke mer penger enn de hadde, og at de reflekterte over hvordan de møtte andre mennesker:

Jeg sier det er klart at det sinnet du møter andre med, det blir du møtt med selv. Hvis du er åpen, og hvis du prøver å være positiv og hyggelig og spørre etter hvordan folk har det, og holder døren oppe for et menneske, smiler og sier takk, så er det en presang. (Resp. 3).

Alle respondentene hadde en felles oppfatning av at de skulle være høflige og oppføre seg pent, også mot helsepersonellet. Dette innebar ikke å være masete og forlangende, men opptre tålmodig.

Jeg vil helst prøve å ikke være for forlangende. For jeg ringer aldri i tide og utide. Unntagen når du ligger slik at du ikke kan bevege deg. For nå har jeg jo en fot som jeg ikke vet hvordan jeg skal bevege. Så da må jeg bare. (Resp. 8).

Videre påpekte noen at å opptre tålmodig kanskje ville medføre at de ble behandlet pent tilbake.

Respondentene beskrev ikke bare en indre ordentlighet, men verdsatte også ytre ordentlighet i form av å se og føle seg vell. Dette gav en indre opplevelse av verdighet. En respondent beskrev betydningen av å være velstelt slik:

Det er hårpleie og fotpleie på sykehjemmet også, det er det. Og det er jeg glad for, for disse "konene" de liker å være litt fine og kle seg når det er helg og slik. Ja, å vaske beinene. Du vet det at det som vi betaler er peanøtter i forhold til den følelsen vi får etterpå, hvor godt det har gjort. (Resp. 2).

Respondentene ønsket også ordentlige omgivelser. I forhold til det relasjonelle kan det virke som om respondentene ønsket en felles forståelse om gjensidig ordentlighet. De reagerte derfor når andre ikke viste denne ordentlige holdningen overfor helsepersonellet, og inntok en fordømmende og oppdragende holdning overfor disse medpasientene:

Det er en som sier til hun der pasienten som ligger i midten og er så utålmodig. Hun sier du må lære deg tålmodighet og ikke tenke på det at du skal gå foran de andre. Så nei, nå må du gi deg. Ja, så hører hun på henne da. (Resp. 1).

For at sykehusoppholdet skulle erfares godt, var det viktig at medpasientene ikke klaget. De som gjorde dette burde, etter respondentenes synspunkt, besinne seg. En respondent beskrev sin medpasient på følgende måte: "Hun lille så skrek, også må hun på do til alle tider, også ligger hun der og drikker cola, og leser på Se og Hør." (Resp. 1).

Også de fysiske omgivelsenes ordentlighet hadde betydning for hvordan respondentene erfarte sykehusoppholdet. På spørsmål om hva som hadde vært viktig under sykehusoppholdet, svarte en respondent at det var å få skikkelig stell og at omgivelsene var ryddige og pene. Det måtte være en viss standard på den sykepleien som ble gitt, og de som utførte sykepleien, måtte opptre ordenlig.

Ha en positiv og empatisk innstilling. Respondentenes innstilling i møte med sykehuset kom godt frem under intervjuene. Først og fremst var dette en positiv innstilling, en tro på at alt kom til å gå bra; "Jeg synes liksom at du kan tulle, tøyse og vitse litt, og ikke bare se helt svart på alt." (Resp. 3). Respondentene reflekterte over at denne innstillingen kanskje kunne ha sammenheng med hennes alder.

Respondentene ønsket å være aksepterende og forståelsesfulle. De hadde forståelse for at de måtte vente på hjelp på grunn av travelhet, og var enig i at de sykeste måtte få hjelp først og at ressursene måtte fordeles.

Respondentene viste også stor respekt og medfølelse for helsepersonellet:

Jeg ligger mange ganger og tenker på at jeg aldri kunne vært sykepleier. Sânt som de springer, og skal ta vare på alle. En er slik og en er slik. Gamle, sure og sære. Så det er ikke så kjekt. Jeg beundrer dem mange ganger, at de kan være like blide. Det er ikke til å tro. (Resp. 7).

Dette ble også tydelig gjennom kommentarer som: ”De må jo bli lei av alle disse skittbleiene,” ”stakkars helsepersonellet som har slik tidsbegrensning,” og ”de må jo bli lita lei av å dra på oss.”

Respondentene la bånd på seg selv, for å gjøre hverdagen lettere for helsepersonellet.

Jeg prøver altså å la være å drikke så mye så sent på dagen. For jeg synes det er så vondt å be dem hele tiden på natten. Jeg tenker at det er så mange, det er så mange som ringer på. Alarmen lyser rødt hele tiden. (Resp. 1).

Bagatellisere seg selv. En annen holdning respondentene viste var at de bagatelliserte sine behov, sin person og sin treningsinnsats. Selv om de formulerte ulike behov, bagatelliserte de dem i etterkant. Et eksempel på at de undervurderer sine behov var: ”Helsepersonellet skal hjelpes til der, og hjelpes til der. Så det som gjerne jeg tenkte eller spurte om, det kan jo vente litt.” (Resp. 4). Respondentenes behov ble også minimalisert på denne måten: ”Bare det når de kommer og serverer maten, om de kommer sent og nesten holder på og glemmer meg som ligger inni kroken der, så gjør det ingen ting.” (Resp. 1).

Foruten å bagatellisere sine behov, viste også respondentene en bagatelliserende holdning til egen person. De beskrev følelser som smerte og sorg, men mente videre at de burde tåle denne smerten og at det ikke var noen grunn til å være lei seg. De påpekte også at de ikke fortjente å bli vist ærbødighet, og tenkte på andre fremfor seg selv. En respondent fortalte dette når hun ble spurt om hva hun tenkte da hun brakk lårhalsen: ”Det første som slo meg da var: Hvordan skal det nå gå med mannen?” (Resp. 1).

Respondentene bagatelliserte også sin egen opptreningsinnsats. Flere påpekte at de ikke var flinke til å gå på krykker. ”De sier at dette går bra selv om jeg går som en ku.” (Resp. 3).

Forventninger

Den indre opplevelsen av verdighet kom også til uttrykk gjennom hvilke forventninger respondentene hadde i møte med sykehuset. Gjennom sine forventninger ivaretok de seg selv og sin verdighet. Respondentene hadde gjort seg opp en mening om hva som kunne forventes ved dagens sykehus, og formulerte som regel små krav: ”Jeg må jo si det at å komme på sykehus og få den forpleiningen du skal og sånt, så de kan ordne tingene som er ødelagt, så må vi være fornøyde syns jeg.” (Resp. 2). De hadde ingen forventninger om å bli behandlet individuelt, og mente ikke at det var helsepersonellens jobb og la dem føle seg betydningsfulle. På spørsmål om helsepersonellet ivaretok deres verdighet svarte en respondent: ”Ja, de gjør det faktisk, meget slik syns jeg. Jeg trodde de var gått ifra det nå. Men, her bruker de det enda. Trodde det er mer moderne nå, at de ikke tok det så høytidelig.” (Resp. 7). Noen respondenter var usikre på hva de kunne forvente, da de ikke var informert om sine rettigheter, og bare tok imot det de fikk.

Ytre påvirkning av verdighet

Datamaterialet viste at ivaretagelse av verdighet skjedde ved hjelp av ytre påvirkninger. Disse var avgjørende for hvordan respondentene erfarte å få verdigheten ivaretatt. Gjennom de ytre påvirkningene ble det tydelig at ivaretagelse av verdighet var avhengig av å være i en relasjon og det var av betydning hva denne relasjonen inneholdt. Videre viste de ytre påvirkningene til hvilken situasjon respondentene var i når de kom til sykehuset, hvordan dette truet deres verdighet og hvilke behov det medførte. For å undersøke hvordan respondentene erfarte å få verdigheten ivaretatt, var det først nødvendig å la dem beskrive hvordan dette kunne skje. Disse skildringene vil bli presentert nedenfor, sammen med deres erfaringer.

Dramatisk hendelse i hverdagen

Å brette lårhalsen ble av respondentene karakterisert som en dramatisk hendelse i hverdagen, som i stor grad påvirket deres livssituasjon. Denne ytre påvirkningen av respondentenes liv påvirket også deres opplevelse og ivaretagelse av verdighet. ”Verdier går tapt når du havner her.” ”Mer du får over kroppen så går verdiene ned. Absolutt.” (Resp. 8). Respondentenes opplevelse av verdighet ble påvirket fordi de plutselig fikk en ny rolle å forholde seg til, og de ikke lenger kunne leve det livet de ønsket. Hvordan denne ytre påvirkningen påvirket

ivaretagelsen av respondentenes verdighet var avhengig av hvordan de erfarte å bli møtt i denne dramatiske hendelsen.

Å brette lårhalsen erfartes både overraskende og ubeleilig, og ble beskrevet som en dramatisk og skremmende hendelse. Flere konstaterer at dette var en forferdelig situasjon å havne i. De skildret skadesituasjonen som et forferdelig smell, de hørte at det knaste i hoften og de ble oppskaket og redde. Flere av historiene var dramatiske. For eksempel beskrev noen at de fikk illebefinnende, en fikk tørketrommelen over seg og noen lå flere timer på gulvet uten å få tak i hjelp.

Sjokket og redselen etter å ha brukket lårhalsen under mer eller mindre dramatiske omstendigheter, fulgte respondentene inn på sykehuset. Respondentene beskrev følelser som sjokk, vantro, redsel og sinne over å ha havnet i denne situasjonen. De beskrev dette som det verst tenkelige som kunne skje. En respondent fortalte dette om da hun skadet seg: ”Så ringte jeg selv da til hjemmesykepleien og traff sjefen og sa: Nå har det skjedd det som ikke burde hendt.” (Resp. 1). På grunn av livssituasjon, alder, helse og tidligere erfaringer hadde det å brette lårhalsen vært en stor trussel for flere av respondentene. De formulerte at de hadde vært livredde for nettopp et slikt brudd, og skildret en hverdag hvor de hadde gått med hoftebeskyttere og klamret seg til rullatorer for å unngå dette. Når alle forhåndsregler var tatt og dette likevel skjedde, syntes respondentene det var leit. De var også sinte på seg selv for at de lot dette skje, og kalte seg selv; ”idiotiske” og ”vimsete.” En respondent uttrykte seg slik: ”Hold deg på beina, og hold deg fast, så slipper du alt dette her. Fysj a meg.” (Resp. 7).

Relasjoner

”For jeg mener at verdig er at du er et menneske, som trenger andre mennesker.” (Resp. 8). Dette sa en respondent om verdighet. Den andre ytre påvirkningen av verdighet som datamaterialet viste til, var hvordan nettverk og den enkelte relasjon hadde betydning for ivaretagelsen av verdighet. Det fremgikk tydelig at respondentene knyttet verdighet til å være i en relasjon og at det hadde betydning hva denne relasjonen inneholdt og gav. Ifølge dem var ivaretagelse av verdighet å bli satt pris på, bli behandlet som et verdig menneske, bli vist ærbødighet, respekt og aktelse, og å bli sett som et oppegående, unikt og fullverdig menneske. Tre typer relasjoner var viktige for respondentene. Det var relasjonen til familie og venner, helsepersonellet, og til medpasienter.

Familie og venner. Datamaterialet viste at familie og venners uttrykk for kjærighet hadde stor verdi, spesielt i denne sårbare situasjonen. Når respondentene ble spurt om hva de la i begrepet verdighet, beskrev de ofte erfaringer med sine nærmeste. Erfaringer hvor de hadde følt seg betydningsfulle, verdsatt og elsket. Dette svarte en av respondentene når hun ble spurt om hva hun tenkte når hun hørte begrepet verdighet:

Jeg tenker på noe stort og noe ”gromt.” Ja, noe fint. For jeg vet, jeg hadde en slik følelse når jeg fikk noe av hun som er gift med et barnebarn. Hun skrev så fint kort til meg. At jeg var verdig og at jeg betydde noe. Det er til å få tårer av det. Å, det har jeg tatt vare på. (Resp.2).

Respondentene gav videre flere eksempler på at familie og venner var betydningsfulle for hvordan de erfarte sykehusoppholdet. De fortalte at de på flere måter var avhengig av sine pårørende for å få behov og rettigheter ivaretatt. For eksempel fortalte en om hvordan sønnen straks hadde undersøkt hvordan hun lå an i forhold til operasjonen, når han kom til sykehuset. Flere påpekte at de måtte være resurssterke for å kunne takle helsevesenet, og at de derfor var glade for å kjenne noen som enten selv var inni ”systemet,” eller kunne takle det. Videre syntes de synd på dem som ikke hadde noen til å tale sin sak, og mente det var urettferdig at mange mennesker slet fordi de ikke hadde mulighet til å hevde seg. En annen respondent var overrasket over at hun ikke fikk sykehjemsplass, når det var så mange rundt henne som fikk dette. Hun reflekterte over om dette var fordi de andre hadde barn som krevde dette, noe hun ikke hadde.

Helsepersonellet. Den andre relasjonen som var av betydning for hvordan respondentene erfarte å få sin verdighet ivaretatt var relasjonen respondentene hadde til helsepersonellet. Grunnholdningen hos respondentene var at de var veldig fornøyd med helsepersonellet, og at de følte seg godt ivaretatt. Superlativer som ”greie,” ”tillitsvekkende,” ”snille,” ”søte,” ”blide,” ”diskré,” ”positive,” ”kjempe,” ”elskverdige,” ”humoristiske,” ”milde,” ”flinke,” ”oppmuntrende” og ”høflige,” ble brukt om helsepersonellet.

Selv om respondentene var fornøyd med helsepersonellet som gruppe, beskrev de likevel en personlig dimensjon hos det enkelte helsepersonell, som var avgjørende for om de fikk verdigheten ivaretatt eller ikke. Det var forskjell på hvordan helsepersonellet oppførte seg mot dem, alt etter hvilken personlighet helsepersonellet hadde: ”Det er forskjell på sykepleierne, det er det. Ja, der er noen nokså raske og biske, og noen er litt mer sosiale og spør hva du vil ha og slik. Ja, hva du trenger og andre er gjerne litt kjappere.” (Resp. 4). En sa

at det ikke var noen av helsepersonellet som var negative, men at også de var mennesker med positive og negative sider. Videre sa hun at hun ikke så på dem som jobbet på avdelingen bare som helsepersonell, men som personer, som hun følte mer eller mindre for. På spørsmål om hvordan verdigheten ble ivaretatt, svarte en respondent:

Har ikke det mye med selve menneskets natur å gjøre det? Det er jo de menneskene som er så fantastiske både med å snakke med folk og ta vare på folk, mens andre sier ”ah...” de får bare greie seg selv. (Resp. 8).

De personlige dimensjonene som respondentene verdsatte, var for eksempel helsepersonellens evne til å være påpasselig, gi informasjon og å la respondentene føle seg kjente og trygge.

Medpasienter. Den tredje relasjonen av betydning for respondentene var medpasientene. De påvirket sykehusoppholdet både positivt og negativt. Noen respondenter sa at det beste med sykehusoppholdet var at de hadde vært heldige med sine medpasienter, og kom til å savne dem når de reiste derfra. Dette fordi de hadde blitt så gode venner, og delt felles skjebne og trøst.

Medpasientene hadde sin funksjon for respondentene. De fortalte at de hadde lidd mindre under travelheten, fordi de hadde disse. Siden helsepersonellet ikke satt seg ned for å prate med dem, snakket pasientene seg imellom istedenfor:

Du blir redd, for det er jo litt ukjent felt du faller oppi, og du kan bli engstelig og du kan trenge noen å snakke med. Men, nå har jeg vært så heldig med en medpasient ved siden av meg, og vi lå på hver vår side av et slik trekk og pratet sammen. Så vi har blitt slik veldig gode venninner, hatt det så veldig trivelig sammen, ja. (Resp. 3).

Medpasientene påvirket også sykehusoppholdet i negativ forstand. Samtidig som noen respondenter sa at det beste med sykehusoppholdet hadde vært medpasientene, sa andre at det hadde vært det verste. Dette begrunnet de først og fremst med de forstyrrelser dette gav. Det ble for lite ro og fred, og forstyrrelsene strakk seg utenom visittiden. Respondentene fortalte at de ikke fikk sove, at de måtte høre på samtaler som ikke interesserte dem og at de opplevde medpasientene som nysgjerrige. En respondent sa dette:

Men det får være grenser når man ser at et menneske ligger rett ut og sier at jeg får vondt i hodet. Da kunne hun jo ta litt hensyn. Men det er helt utrolig at de kan greie å snakke slik i et eneste kjøp. (Resp. 6).

Datamaterialet viste også at respondentene hadde sympati for sine medpasienter. De var følsomme overfor dem som var syke og gråt: ”Jeg hører på hun stakkars som ”ojer” seg.

Det er så forferdelig å høre på hvordan hun ”ojer” seg. Så kommer de bare innom, ja, vi kommer om et øyeblikk, også blir ikke det om noe øyeblikk. Nei.” (Resp. 8).

Erfare ivaretagelse

Foruten ytre påvirkninger av verdigheten som den dramatisk hendelse i hverdagen og relasjonene respondentene hadde, var også ivaretagelsen av verdighet avhengig av om respondentene erfarte å bli ivaretatt, eller ikke. Datamaterialet viste at respondentene møtte sykehuset med en rekke behov og følelser, som det var viktig for dem å bli møtt på.

Fysisk ivaretagelse. Når respondentene beskrev positive erfaringer med sykehusoppholdet, nevnte de ofte at de hadde fått hjelp til konkrete ting. De påpekte at de nå var kommet i en situasjon hvor de var avhengig av mye hjelp. En respondent svarte dette når hun ble spurt om hva sykepleier gjorde for henne for at hun skulle erfare ivaretagelse: ”Jo, hun passer jo på at jeg for eksempel tar de prøvene jeg skal ta. Også klær, at jeg ikke ligger og fryser og at jeg har det godt.” (Resp. 2). Ivaretagelse ble også erfart når respondentene fikk hjelp med bleien om natten, når føttene ble sveipt inn, når rutiner ble overholdt, når mat og stell ble gitt og når de fikk hjelp til å bli bedre. De fortalte at å motta hjelp til disse tingene var med på å ivareta verdigheten deres.

Ved å motta konkret hjelp og få dekket sine behov, fikk de anerkjennelse for den personen de var og støtte til å fremstå som denne personen, også i pasientrollen. Flere respondenter fortalte om betydningen av å føle seg vel og se ordentlig ut. Derfor var det viktig for dem å få hjelp til dette. En respondent sa det slik: ”Jeg syns jeg har hatt det bra, og nå skal jeg få meg en dusj også, så det er toppen.” (Resp. 3). Flere respondenter presiserte hvordan de følte ivaretagelse av verdigheten når de fikk hjelp til å vaske og rulle opp håret.

Noen beskrev fysiske plager i forbindelse med sykehusoppholdet, som høyt blodsukker, kvalme, oppkast, diaré, dårlig matlyst, munntørhet, svimmelhet, følelsen av å være i ”tåkeheimen” og problemer med vannlating. Den mest fremtredende fysiske plagen var likevel smerteopplevelsen. En respondent svarte dette på spørsmål om hvordan sykehusoppholdet hadde vært: ”En forferdelig opplevelse med operasjonen og alle smertene etterpå. Det er ikke bare.” (Resp. 7). Datamaterialet viste at respondentene gruet seg til å trene fordi smertene opplevdes verst da, og de hadde vanskelig for å tro at smertene noen gang skulle forsvinne.

Respondentene hadde ulike erfaringer med å få sine fysiske behov ivaretatt. Noen påpekte at de hadde erfart generelt god ivaretagelse under sykehusoppholdet, mens andre ønsket mer tid til stell og ivaretagelse.

Følelsesmessig ivaretagelse. Respondentene beskrev ikke bare fysiske behov i forbindelse med sykehusoppholdet. De skildret også følelser de erfarte, og fortalte at de var mer labile i pasientrollen:

Jeg merker jo det at jeg har blitt litt mer sippete. Sånt var det da vi kjørte forbi juletreet her om dagen. Da bare rant tårene. Jeg tåler ikke så mye har jeg merket. Det er vel den atmosfæren og at du tenker på forskjellige ting. (Resp. 3).

Andre respondenter fortalte at de gråt når de ventet på operasjonen, fordi de verken fikk spise eller bevege seg. Følelsen av skuffelse og utålmodighet stod sentralt i den preoperative tiden. Bekymring var likevel den følelsen respondentene beskrev tydeligst. Spesielt var dette bekymring overfor ektefelle og fremtid. Flere uttrykte bekymring over hva lårhalsbruddet ville bety for livet videre. Uttalelser som ”jeg er redd for ikke å komme meg på føttene igjen,” og ”klarer jeg denne utfordringen,” ble gitt. En respondent refererte over at det verste med å vente på operasjonen, var å ligge og tenke på om hun noen gang ville bli god igjen av dette.

Det kan virke som at respondentene var bekymret over ting på grunn av manglende informasjon om situasjonen og fremtiden. En respondent uttalte at det verste med sykehusoppholdet var uvissheten. Respondentene levde i uvisshet over hva som skulle skje med dem videre, i forhold til helse og opptrening.

Respondentene påpekte at det var vanskelig å fange opp verdighet i sykehussettingen. De nevnte at fysiske behov ble bedre dekket enn sosiale, psykiske og åndelige behov. En respondent fortalte for eksempel at ingen hadde spurt henne om hvordan hun hadde det under sykehusoppholdet. Andre beskrev at de savnet noen å snakke med.

Bli hørt og tatt på alvor

Datamaterialet påpekte at det å bli hørt og tatt på alvor også påvirket hvordan respondentene erfarte å få verdigheten ivaretatt. Når de ble bedt om å beskrive hvordan verdigheten kunne bli ivaretatt, delte de historier hvor de selv hadde blitt hørt eller tatt på alvor.

Høre menneskets behov. ”Det er ikke mening at de trenger være ærbødig overfor meg, men de kan jo høre på hva jeg sier.” (Resp. 2). En respondent understrekte på denne måten

betydningen av å bli hørt. Noen mente de hadde blitt tatt med på råd og hadde inntrykk av å bli hørt, men de fleste gav eksempler på det motsatte. En uttalte blant annet at hun ikke hadde hatt medbestemmelse under sykehusoppholdet, og sa videre at ”det er de som styrer og steller som bestemmer.” (Resp. 2). En annen svarte dette på spørsmålet om hun uttrykte sin mening:

Nei, det nytter ikke det. Det har jeg gjort før i tiden. Da ville jeg gjerne være på en plass for der syns jeg det var koselig, men det nyttet ikke å si at du ville være der. Neida, det er bare å lyde ordrene det. (Resp. 7).

Å ikke bli hørt ble for respondentene konkret når deres uttrykte behov ikke ble møtt. For eksempel fortalte en respondent om behovet for trygghet i forhold til trening. Hun spurte helsepersonellet om hjelp, men ble møtt på følgende måte: ”Men kan ikke du gå selv. Nei, jeg vil gjerne at du hjelper meg sa jeg, men så kom hun ikke.” (Resp. 6). Andre hadde behov for mer tid i forhold til opptrening, men ble møtt med forventninger om en viss progresjon. Noen fortalte også at de hadde spurt om å få dusje i flere dager, uten å få hjelp til dette.

Ta mennesket på alvor. Respondentene ønsket å bli tatt mer på alvor i den preoperative tiden og i forhold til deres behov for informasjon. Nesten alle respondentene ventet over et døgn på å bli operert. Selv om ingen av dem direkte sa at dette erfartes som ikke å bli tatt på alvor, var det flere av dem som påpekte at de ikke følte seg prioritert:

Jeg tenkte det at det er mange som går foran oss. For vi er så oppe i årene, ungdommen kan ikke vente, men det kan være at de var mer skadde også. Men jeg hadde det i tankene. Jeg ligger her og venter, jeg kan ikke gjøre noe likevel. Ja, ja jeg har aldri følt meg gammel, men nå, nå merker jeg det. (Resp. 4).

Ventetiden var en byrde for respondentene, og for noen av dem, det verste med hele sykehusoppholdet. Beskrivelser som ”jeg lå bare på vent,” ”de visste ikke når det ville bli plass til meg” og ”alt det andre kom liksom foran meg,” ble gitt. Ventetiden ble grunnet i manglende ressurser og at andre pasienter måtte opereres først.

Respondentene ønsket mer informasjon. Selv visste de ikke hva de skulle spørre om. Preoperativt savnet de informasjon om hvorfor de måtte faste, og noen fortalte at de hadde taklet ventetiden bedre dersom de hadde blitt orientert underveis. Det verste var å vente uten noen form for tidsaspekt. Informasjonen postoperativt var også mangelfull. En respondent var usikker på hva som egentlig hadde skjedd med henne: ”For så sier folk, har du brukket lårhalsen? Så sier jeg, jeg vet ikke hva jeg har gjort. Jeg har i alle fall fått inn noe spiker.”

(Resp. 6). En annen forklarte at hun ikke hadde snakket med legen som opererte henne, hun ante ikke hvem det var.

Sett som menneske

Når respondentene skulle beskrive det å få sin verdighet ivaretatt, gav de ofte eksempler på å bli sett. Ifølge respondentene ble verdigheten ivaretatt når et menneske fikk anerkjennelse for den det var, og hva det gjorde. Det var også viktig for mennesket å erfarte at det betydde noe, og var verdsatt. Flere beskrev imidlertid at de hadde erfart å bli satt i bås på grunn av sin alder, og opplevde å ha mindre verdi enn yngre mennesker. Noen uttalte at de hadde hatt verdi under sykehusoppholdet, og følte seg ”kjent” av helsepersonellet, mens andre var av en annen oppfatning: ”Jeg er en blant alle de andre. Jeg er det. Ikke slik spesiell, nei. Jeg er en pasient. En pasient får det han skal ha.” (Resp. 4). Noen sa i likhet med denne respondenten at de ikke erfarte å ha noe verdi, og at de ikke betydde noe fordi de ”bare” var pasienter.

Bli behandlet individuelt. ”De får godta oss slik som vi er. Alle er ikke like. Vi skal ikke være like.” (Resp. 4). Dette uttrykte en av respondentene. De ønsket at det ble tatt hensyn til at de var forskjellige mennesker, med forskjellige behov. På spørsmål om hvordan verdigheten kunne bli ivaretatt, svarte en respondent: ”Nei, de skulle bare respektert meg slik som jeg var, tror jeg. At de godtok slik jeg var. Jeg kan ikke forlange mer.” (Resp. 9). Respondentene ønsket større interesse for den enkelte pasient. De hadde en forståelse av at ulike pleiere stelte dem hver dag, og at ingen kjente dem og deres behov.

Individuell behandling var spesielt viktig rett etter operasjonen. Da savnet respondentene et mindre rom med mindre støy, og at det ble tatt hensyn til at de var nyoperert i forhold til stell, mat og søvn. Istedenfor erfarte de pleien som ”samlebåndspreget.” Alle pasientene ble behandlet likt. Det gjaldt også i forhold til informasjonen som ble gitt:

Vi blir behandlet likt vi to som ligger ved siden av hverandre. Vi har det samme, så liksom når de snakker med den ene, ja så følte jeg at de tenkte da trenger vi ikke snakke med henne. Ja, det liksom gikk under ett det. (Resp. 4).

Respondentene savnet også individuell behandling i forhold til matsituasjoner:

Maten de første dagene. Da vokser maten i munnen. Når du tygger en skive, det vil helst ikke gå ned for du har blitt så tørr, at du har nesten blitt hudløs i ganen og nedover. Også kommer de inn med disse svære, fullt av alt slags pålegg og skive, så de fleste legger bare på lokket igjen og setter det bort. (Resp. 1).

I morges når de kom inn, så startet de å bære inn maten, også tenker jeg med meg selv at den siste har ikke før satt seg før de bærer ut igjen. Jeg syns det virker så oppjaget. Jeg mener det at når du skal ha frokost og mat så burde det være litt ro. Jeg sa, jeg må i alle fall få komme til vasken. Vi er jo fem mann og en vask, du vet alle kan ikke stå oppover for å pusse tennene. Det er noe som jeg må gjøre både morgen og kveld. For jeg er litt forkjølet også har jeg så mye slim, og jeg føler at jeg må få skylle munnen og få det opp før jeg går til bordet og spiser. Det er noe som jeg setter pris på hjemme også det. Det må være fred med bordet, og vi må ha tid til å sette oss ned og nyte maten. (Resp. 2).

Bli gitt tid. Datamaterialet viste at respondentene ønsket å bli gitt tid. Spesielt var dette viktig fordi de var eldre mennesker. Respondentene reagerte på at helsepersonellet hadde det for travelt og erfarte konsekvensene av dette. De skildret en sykehushverdag der de måtte innordne seg etter rutiner fordi det ikke var tid til å gjøre noe ekstra. Flere beskrev at de ofte måtte vente på hjelp og at de ikke fikk den hjelpen de behøvde: ”De har selvfølgelig mye å gjøre og hvis jeg spør; kan du hjelpe meg med det? Så sier de ja, bare vent litt for nå holder vi på med mat og sånt.” (Resp. 6). En respondent ønsket hjelp til å trene mer, men la til: ”De springer jo så fort at jeg ikke tør å spørre om det passer.” (Resp. 4). Respondentene erfarte også at helsepersonellet var hastige og hardhendte i sine prosedyrer. En følte ikke at helsepersonellet tok seg tid til å sette seg inn i hvor vondt hun egentlig hadde det, og derfor ikke tok hensyn til det. Det de likevel uttrykte sterkest, i forhold til tidsmangel, var savnet etter å ha noen å snakke med. De ønsket å snakke om sjokket over å havne på sykehuset, om bekymringer og utrygghet, og om tapsopplevelser. En respondent fortalte at hun under intervjuet for første gang var smertefri fordi noen hadde tid til å snakke med henne.

Generelt ble sykehuset oppfattet som et hektisk sted. De beskrev det som et ”oppjaget” sted, et sted der ”alt gikk så fort,” og ”et veldig travelt sted.” Respondentene visste ikke alltid hvor de var, fordi alt gikk så fort. En respondent skildret møte med sykehuset på denne måten:

Det føltes som det er for liten tid til folk. De kjører på trallene, jeg var veldig redd jeg skulle ramle av hele trallen. De styrte i svingene og opp og inn i heisene, og ut av heisene. (...) Det går jo i en forferdelig hastighet, du kan nesten ikke følge med engang. Opp på den baren, og opp på den baren. Du vet ikke hvor du kjører engang. Og de styrer gjennom de dørene så du kunne tro at du... Det er helt sant. (...) Det skal noe til når jeg er over nitti år, og følge med alt. (Resp. 8).

Få positiv tilbakemelding. På et spesielt område erfarte respondentene å bli sett. Det var i forhold til opptrening. Flere påpekte at de fikk skryt, oppmuntring og støtte under trening. Å få skryt erfartes viktig for videre innsats, og det føltes godt å være flink til noe. Selv om de selv ikke alltid følte at de mestret alle krav, opplevde de at helsepersonellet var optimistiske og det bidro til at de ikke mistet motet. Respondentene var stolte over å få anerkjennelse for

egen innsats. På spørsmål om hvilken innvirkning denne positive tilbakemeldingen hadde, svarte en respondent at det fikk henne til å føle seg viktig. På spørsmål om hun følte seg sett under sykehusoppholdet svarte en annen: ”Jo, jeg vil si det av og til. For noen sier det, du er god som gjerne vil stå på, du vil gjerne gjøre det. Og jeg prøver jo.” (Resp. 8). Videre påpekte respondenten at det var viktig for henne at de så henne som en dame som sto på.

KAPITTEL 6 DISKUSJON

Litteraturen beskriver verdighet både med en indre og ytre dimensjon (Edlund, 2002; Gallagher, 2004), noe funnene i denne studien også gav klart uttrykk for. Respondentene viste til en indre opplevelse av verdighet som tydeliggjorde hva de la i begrepet. Videre påpekte funnene forskjellige ytre påvirkninger av verdighet, som gir forståelse for hvordan respondentene beskrev det å få verdigheten ivaretatt, og hvordan de selv erfarte dette under sykehusoppholdet. George (1998) påpeker at å eie verdighet selv, og å bli behandlet med verdighet av andre, går hånd i hånd. Funnene understrekte også dette, ved å påpeke at de to hovedkategoriene hadde gjensidig påvirkningskraft på hverandre.

Ved hjelp av funnenes to hovedkategorier, vil det i dette kapittelet bli forsøkt å besvare studiens problemstilling og forskningsspørsmål. Hovedkategoriene vil bli diskutert opp mot studiens litteraturgjennomgang og teoretisk rammeverk.

Verdighet – en indre opplevelse

For at respondentenes beskrivelser av hvordan de erfarte å få sin verdighet ivaretatt skal kunne gi forståelse og betydning, er det nødvendig og redegjøre for hva de la i begrepet verdighet. Flere respondenter poengterte at det var vanskelig å beskrive begrepet. Litteraturen påpeker at verdighet inneholder mange komponenter, er dynamisk, har flere uttrykksformer og erfares forskjellig fra menneske til menneske (Edlund, 2002; Nordenfelt og Edgar, 2005; Tadd et al, 2002), noe respondentene bekreftet. Likevel var de tydelige på at dette handlet om en indre opplevelse. Litteraturen beskriver dette som en tilstand, en indre kvalitet, eller en individuell og subjektiv opplevelse (Damron-Rodriguez, 1998; George, 1998; Haddock, 1996). Den indre opplevelsen av verdighet hadde ifølge funnene en avgjørende betydning for hvordan respondentene erfarte å få verdigheten ivaretatt under sykehusoppholdet. Noe Jacelon (2001) også fant i sin studie. Det synes derfor viktig å belyse hvor respondentene hentet den indre opplevelsen av verdighet fra; hvor den hadde sitt opphav og hva som var med og forme og opprettholde den. Ifølge Moody (1998) består verdighet av viktige faktorer som kan være truet. Disse er ofte usynlige og vanskelige å forstå, men kan forstås dersom den sammenheng de oppstår i, blir synlig. Det synes derfor også nødvendig å beskrive hvordan respondentene uttrykte den indre opplevelsen av verdighet, for og synliggjør og forstå hvordan de selv

oppretholdt den, og hvordan helsepersonell kan hjelpe med å opprettholde den. Det er forsøkt å holde disse beskrivelsene atskilt for å skape struktur, men forsker er klar over at flere av elementene henger sammen og har overlappende betydning.

Den indre opplevelsen av verdighet sitt opphav og uttrykksform

Menneskets iboende verdighet. Funnene viste at den indre opplevelsen av verdighet først og fremst hadde sitt opphav i den enkeltes iboende verdighet, og at denne var dets mest grunnleggende for respondentene indre opplevelse. Den inkluderte alle mennesker, var konstant, ukrenkelig, uvurderlig, og gav rettigheter som krevde respekt for egenverd og likeverd. Dette bekreftes også i litteraturen (Edlund, 2002; Nordenfelt og Edgar, 2005). Mennesket står ifølge Nordenfelt (2003) i en særstilling, og denne inkluderte også respondentene seg i. Det kan virke som om de tviholdt på denne som en garanti for sin verdi og sin rett til minimums ivaretagelse, uansett omstendigheter.

Personens historie og verdier. Når Alvsvåg (2000) diskuterer hva som skiller et menneske fra en person, påpeker hun at til forskjell fra et menneske, har en person en historie eller en sammenheng å fortelle om. - Et menneske er hvem som helst, men en person er unik og uerstattelig. Den enkelte persons unike historie og verdifulle verdier kom tydelig frem under intervjuene, og viste til hvor respondentene hentet sin indre opplevelse av verdighet fra. Gjennom å fortelle sin historie og om sine verdier, tydeliggjorde respondentene også hvordan de uttrykte den indre opplevelse av verdighet. Det var viktig for dem å fortelle om livet før innleggelsen, og å gi en beskrivelse av hvem de var, og hva de var i besittelse av, kanskje nettopp for å uttrykke sin unikhets og uerstattelighet. Ifølge Alvsvåg (1993) er det naturlig for mennesker og reflekterer over hvem og hva de er, hva de kan og hvilken sammenheng de tilhører, da dette er en del av menneskers selvoppfatning, som har vokst frem gjennom livet. Ifølge Jacelon (2003) utvikles verdighet gjennom livserfaringer, fordi de vil prege menneskers opplevelse av verdi og hvordan de identifiserer seg. Ved å uttrykke sin historie og sine verdier presenterte respondentene seg med noe, og fikk på den måten uttrykke sin verdighet. Devik (2005) påpeker at dette spesielt er viktig for eldre mennesker fordi de har behov for å vise en del av selvet som ikke bare er gammelt og skrøpelig, for å bevare sitt kontinuerlig selv.

Respondentene beskrev sitt liv og sin historie i form av verdifulle komponenter. Edlund (2002) påpeker at verdighet bygges opp av den enkelte persons verdier. Hos respondentene var dette verdier som livet selv, minner, familie, hjemmet, eiendeler,

utdannelse, arbeid, interesser, aktiviteter, roller, uavhengighet og verdien av å ha ”rette” holdninger og forventninger. Foruten at respondentene uttrykte verdighet gjennom disse verdiene, gav verdiene uttrykk for de valg respondentene hadde tatt på hvem de ønsket å være og hvordan de ville fremstå. Gjennom å få uttrykke sine verdier opprettholdt de sin indre opplevelse av verdighet i hverdagen. Mosbye (1994) påpeker at verdier både kan være konkrete ting, egenskaper eller karatertrekk. Respondentenes verdier var et uttrykk for hva de likte, hva som betydde noe for dem, hva de syntes var godt og verdt å ha, realisere og strebe etter. Ifølge Mosbye (1994) søker alltid mennesket etter å ha verdier eller et verdisystem som det kan hengi seg til, for å få ankerfeste i livet. Selv om respondentene uttrykte verdiene ulikt, var det tydelig at disse var dyrebare for dem, og at de representerte deres ankerfeste i livet. Norberg-Schulz sier: ”Menneskene bygger for å få fotfeste i tilværelsen” (i Martinsen, 2001, s. 169). Det kan virke som om respondentens hadde bygd seg opp verdier gjennom livet for å få ”fotfeste,” for å være noe, og for å få anerkjennelse og bli bekreftet.

Men hva skjer når dette ”fotfeste” vakler. Hva skjer når verdiene går tapt? De eldre representerer en gruppe mennesker som bærer med seg flere ulike tapsopplevelser. For mange innebærer alderdommen å miste biter av seg selv, i form av tap av helse, familie, venner, sosiale roller, makt, innflytelse, funksjoner og mestringsevne. Noe som kan føre til svekket selvbilde og tap av identitet (Thompson, 1995; Tvedt, 2005). Like tydelig som respondentene verdsatte sine verdier, var sorgen over tap av disse. Dersom respondentenes historie og verdier er en del av opphavet til deres indre opplevelse av verdighet, og disse verdiene går tapt, vil respondentenes historie få større betydning og bli enda viktigere for dem å uttrykke. Videre vil den indre opplevelsen av verdighet være truet når verdiene går tapt, både fordi verdiene er opphavet til den, og fordi respondentene ikke lenger får uttrykke sin verdighet gjennom dem. Dette bekrefter også Edlund (2002) i sin teori. Respondentene beskrev tapsopplevelser i forhold til at livet gikk mot slutten, fremtiden syntes fjern og tanken på døden ble stadig mer fremtredende. De hadde mistet familiemedlemmer og venner, og opprettholdelsen av familieliv og samvær med gjenværende familie og venner var vanskelig. De beskrev også tap av interesser, aktiviteter, eiendeler, roller og uavhengighet. Fremst av alt var de redde for å miste seg selv. Moody (1998) påpeker at slike tapsopplevelsene kan føre til frykt for å miste selve verdigheten, da det personene taper på mange måter representerer deres verdighet.

Elementer som former og opprettholder den indre opplevelsen av verdighet
 Foruten å være opphav til, og uttrykksform for den indre opplevelsen av verdighet, representerte også respondentenes verdier noen overordnede elementer som var med og forme og opprettholde den indre opplevelsen av verdighet. Gjennom refleksjon over verdienes funksjon, hva de betydde og gav respondentene, ble noen overordnende elementer tydelige. Dersom respondentene fikk ha sine verdier intakte, og hadde mulighet til å uttrykke dem, ville de gjennom sine verdier oppleve mening, selvverd, identitet og mulighet til å bruke strategier for å ivareta seg selv. Alle disse elementene var på ulike måter med å forme og opprettholde respondentenes indre opplevelse av verdighet. Det er tenkelig at respondentenes verdier også representerte andre elementer, men det er disse som blir diskutert her. Elementene blir diskutert for å tydeliggjøre hvilke elementer helsepersonell trenger å være oppmerksomme på når de skal ivareta pasienters verdighet, og for å synliggjøre hvordan pasienter selv former og opprettholder sin indre opplevelse av verdighet.

Opplevelsen av mening gjennom livets verdier. For å erfare verdighet mener Franklin, Ternstedt og Nordenfelt (2006) at det er viktig å oppleve mening, ha en sammenheng, høre til og være involvert. Ifølge Frankl (1969) er mennesker meningssøkende. I sin filosofi knytter han til seg tre ulike verdier; skapende verdier, opplevelsesverdier og holdningsverdier. De skapende verdier vil si å ha et mål, et arbeid eller en oppgave. Opplevelsesverdier er verdier mennesket mottar fra sin omverden, gjennom sosialt liv og ulike opplevelser. Holdningsverdier er knyttet til hvordan mennesket møter livets hendelser. Det forstås som at mennesket i sin søken etter mening, bruker disse ulike typer verdier for å oppnå nettopp dette.

Denne filosofi er interessant da respondentenes verdier hadde ulike karakterer som dette. For eksempel hadde de skapt et liv, en familie, et hjem og fått utdanning, arbeid og andre eiendeler. Dette gav opplevelsen av å eie et fullverdige liv, noe som gav mening å se tilbake på. Ifølge Tvedt (2005) opplever eldre mennesker mening av å se tilbake på livet sitt. Videre gav dette respondentene en sammenheng og tilhørighet. Respondentene opplevde også mening gjennom sine opplevelsesverdier, som sosialt liv, tradisjoner, aktiviteter og interesser. Thompson (1995) påpeker at det er essensielt for mennesket å finne mening i meningsfulle aktiviteter. Samlet gav verdiene respondentene mening med livet. Deres liv fikk verdi, noe som gjorde at de selv også opplevde å ha verdi og mening.

Edlund (2002) beskriver en ytre form for verdighet som vises gjennom handlinger, attributter, produkter og symboler i den virkelige verden. Her uttrykkes personens verdier.

Gjennom å gi elementer i omgivelsene betydning og mening, blir dette symboler på menneskets verdighet. Ved å fortelle om sitt liv og alt livet hadde gitt, ønsket kanskje respondentene å stadfeste sin verdighet gjennom å gi disse verdiene betydning og mening. Gjennom å ikle seg sine verdier og presentere disse ville respondentene kanskje oppnå status og posisjon, noe som er synonymt til verdighet (Norsk ordbok, 2005). Nordenfelt og Edgar (2005) viser til en type verdighet som bygger på meritter, som er avhengig av sosial rang og posisjoner. Denne verdighet gjør mennesket seg fortjent til på grunn av sine meritter. Respondentenes liv, det livet hadde gitt dem, og alt de hadde oppnådd, kan forstås som deres merittliste. Dette viser at foruten menneskets iboende verdighet, påpekte funnene en type verdighet som bygget på noe respondentene hadde gjort seg fortjent til. Enten i form av den person de var, hva de var i besittelse av eller noe de hadde gjort eller gjorde.

Opplevelsen av selvverd gjennom uavhengighet. Det er godt tenkelig at respondentenes merittliste, det som gav dem mening og som de la mening i, også gav opplevelsen av selvverd. Begrepet selvverd er her valgt som en samlebetegnelse for andre beslektede begreper, som selvrespekt, selvaktelse, selvtilit, stolthet, selvbilde, selvfølelse og selvoppfatning, selv om begrepene ikke har samme betydning. Devik (2005) fastslår at slike begreper anvendes om hverandre i litteraturen, da de har overlappende innhold. Forskning viser at betydningen av verdighet ofte blir knyttet til slike begreper (Gallagher, 2004; Griffin-Heslin, 2005). De representerer indre kvaliteter hos mennesket som ivaretas av andre (Damron-Rodriguez, 1998). Ifølge Tranøy (i Mosbye, 1994) krever verdighet selvrespekt på lik linje med respekt fra andre. Respondentene viste også til en verdighet som mennesker bar med seg, som utstrålte og ble lagt merke til av andre, som igjen bekreftet denne, noe som forsterket verdigheten ytterligere. Den utstrålte verdighet kan forstås som den opplevelsen av selvverd som mennesket bærer med seg, og som skaper krav om å bli verdsatt av omgivelsene.

Selv om opplevelsen av selvverd er viktig for å oppleve verdighet, viste funnene at ikke alle respondentene hadde denne opplevelsen. En respondent fortalte at hun hadde følelsen av å ha mindre verdi, da hun ikke lenger greier å ta vare på seg selv. Hun var usikker på om hun hadde nok verdi bare i kraft av å være et menneske. Istedenfor opplevelsen av selvverd hadde flere respondenter følelsen av å ha liten verdi og være til byrde for andre. Selv om respondentene ønsket å være selvstendige, fysisk og psykisk oppegående og oppleve kontroll og mestring, var de kommet i en livsfase hvor de kjente at alderen tyngte, helsen var

dårligere og de klarte ikke lenger like mye som før. Det at de nå hadde brukket lårhalsen forsterket disse følelsene ytterligere. Å ikke lenger ha mestringsevne, kunne gjøre nytte for seg, eller bidra med noe, kan ifølge Tvedt (2005) føre til at eldre mennesker ikke lenger føler seg verdifulle. Dette kan ses i sammenheng med at samfunnet ofte takserer menneskets verdi utfra samfunnsmessig bidrag (Valset, 2005). Det kan forklare hvorfor respondentene verdsatte sin uavhengighet så høyt, og strevde for å opprettholde den. For dem representerte dette opplevelsen av selvverd, som igjen gav opplevelsen av verdighet. Flere forfattere knytter verdighet til uavhengighet (Griffin-Heslin, 2005; Matiti og Trorey, 2004).

I følge Edlund (2002) opplever mennesket verdighet gjennom å ha kontroll og ved å få uttrykke sin uavhengighet. Ved å erfare harmoni mellom sine evner, kunnskaper og de krav de selv eller andre har til dem, opprettholdes verdigheten. Videre trues den når mennesket ikke lenger greier å leve opp til disse normer og krav. Som datamaterialet viste kan opplevelsen av selvverd, som eldre mennesker opplever gjennom sin uavhengighet, stå i fare. For å kunne realisere verdiene ansvar og plikt til å tjene, som ifølge Edlund (2002) utgjør en del av den absolutte verdighet, må mennesket være i stand til å utføre handlinger. Verdier fra den absolutte verdighet og den indre verdighet uttrykkes i den ytre verdighet, gjennom blant annet handlinger. Dersom mennesket ikke er i stand til å utføre handlingene, får det ikke realisert sine verdier. I respondentenes tilfelle fikk de ikke lenger vist hva de stod for, symbolene for deres verdighet kom ikke til uttrykk. Noe som var krenkende for opplevelsen av selvverd og for verdigheten. Verdighet ville i denne konkrete virkelighet innebære å greie seg selv og ikke være til belastning. Respondentene knyttet deres brukne lårhals til avhengighet. En påpekte at alt forsvant når hun ikke lenger kunne bevege seg. Ifølge Edlund (2002) har nettopp kroppen stor betydning for å virkeliggjøre verdiene i den absolutte og indre verdighet. Kroppen blir et redskap for å opprettholde verdigheten, og når den svikter blir dette vanskelig, dersom ikke andre verdier løftes frem og bekreftes.

Identitet gjennom sosiale roller. Opplevelsen av selvverd er nært knyttet til identitet, og disse to elementer er gjensidig avhengig av hverandre (Woolhead, Calnan, Dieppe og Tadd, 2004). Gullestad (1989) definerer identitet som de deler av en persons selvbylde som ønskes bekreftet av andre. Alle mennesker prøver å skape et selv og formidle dette selvet til sine omgivelser. Dersom mennesket ikke greier å "produsere" identiteter som det er mulig å få anerkjennelse for, blir det sett på som taper. Mennesket er derfor avhengig av støttespillere for å få bekreftet sin selvoppfatning og sitt menneskeverd. Det kan tenkes at respondentene

forsøkte å ”produsere” identiteter, ved å presentere sitt liv, det livet hadde gitt og sin uavhengighet, for å få bekreftelse på dette og dermed forsterke sin opplevelse av selvverd. Ved å presentere seg med disse attributter og evner, presenterte de på samme tid sin identitet.

Nordenfelt og Edgar (2005) knytter verdighet til identitet. Denne type verdighet påvirkes av hvordan menneskets kropp og sjel fungerer, og hvordan andre handler mot det. På grunn av respondentenes tapsopplevelser hadde flere av deres verdier som representerte deres identitet, enten gått tapt eller var truet, noe som også truet verdighetsopplevelsen.

Datamaterialet viste at respondentene derfor hadde behov for å løfte frem andre verdier som kunne gi identitet, som for eksempel verdien av å være i besittelse av ansvars og omsorgsroller. Ifølge Tvedt (2005) knytter eldre mennesker mye av sin identitet til å gjøre nytte for seg og føle seg betydningsfulle. Ved å ta vare på sine nærmeste, følte respondentene seg verdifulle, betydningsfulle, behøvd, kompetente og rikere.

Jacelon, Connelly, Brown, Proulx og Vo (2004) knytter sosiale roller til verdighet, og Castledine (1996) påpeker at eldre mennesker får verdighet gjennom å ta vare på andre. Mennesket har et dyp ønske om å bety noe for andre (Edlund, 2002). Det var kanskje dette ønske som kom tilsyne gjennom respondentenes ansvars - og omsorgsroller. Den absolutte verdighet uttrykkes, ifølge Edlund (2002) gjennom verdier i den relative verdighet, ved de handlinger mennesket gjør i relasjon til andre. For eksempel gjennom en sosial rolle, hvor menneskets kvaliteter og egenskaper vektlegges. Det kan tenkes at respondentene opplevde ansvaret for sine nærmeste som en indre plikt, og at opplevelsen av å leve opp til dette ansvaret, gjennom de sosiale rollene, gav stolthet, identitet og følelsen av å ha oppfylt forventninger til seg selv og andre. Noe som igjen styrket den indre opplevelsen av verdighet.

Også Løgstrups tankesett påpeker en skapt og iboende karakter hos mennesket om å ta vare på sin neste, blant annet gjennom livsytringene som for eksempel barmhjertighet og medfølelse (Christoffersen, 1999). Disse livsytringer er ikke underlagt menneskets vilje (Martinsen, 2003), det er noe som blir gjort spontant uten baktanker (Løgstrup, 1993). Ifølge Martinsen (2003) er det å ta vare på sine medmennesker en mulighet som er mennesket gitt. Det er kjærlighetens og omsorgens uttrykksform. Kjærligheten og omsorgen respondentene hadde til sine nærmeste, kom tydelig frem under intervjuene. Sett i lys av Løgstrups tanker, melder det seg en fordring hos respondentene i møte med sin syke ektemann. Den etiske fordring som Løgstrup taler om, er nettopp en fordring om å ta vare på andres liv. Den får innhold i relasjoner (Christoffersen, 1999), og i respondentenes tilfelle ble innholdet gitt i relasjonen til ektemannen. De forstod seg selv gjennom denne relasjonen. Løgstrup (1993)

påpeker at andre personer gir mennesket identifikasjonsmuligheter. Gjennom ansvars - og omsorgsrollen overfor ektefellen, identifiseres respondentene.

Ansvars – og omsorgsrollene ble opprettholdt, også når de opplevdes overveldende og tyngende. Respondentene fortalte om et liv preget av sykdom, bekymringer og frykt, og at rollene begrenset deres egne livsmuligheter. Ifølge Løgstrup (1999) er både fordringen ensidig og radikal. Den gis til et annet menneske uten forventning om gjengjeldelse, og den fordrer også når den griper forstyrrende og ubehaglig inn i et menneskes liv. Den fordrer ikke bare når den påvirker mennesket i positiv forstand. En annen forklaring på hvorfor rollene ble opprettholdt, er at respondentene opplevde at det var viktig å eie denne identitet da den gav opplevelsen av verdighet. Det er viktig for mennesket å føle seg betydningsfull, verdifull, viktig og nyttig. Derfor også denne streben etter å hjelpe sin neste. Verdigheten forsvinner når ansvaret forsvinner fra mennesket. Derfor er menneskets ansvar for andre mennesker viktig (Edlund, 2002).

Bruk av strategier gjennom holdninger og forventninger. Som tidligere nevnt beskriver Frankls (1969) filosofi ulike typer verdier. Holdningsverdier er en av disse, og dette var også en form for verdier som var tydelige hos respondentene. Respondentene hadde en bestemt holdning til hvordan de ville fremstå som personer og hva de forventet av sine omgivelser. Det hadde stor verdi for dem både å eie og å få uttrykke disse verdiene, og det kan tenkes at dette sentrale funn er spesielt aktuelt for denne pasientgruppen. Respondentenes holdninger og forventninger kan representere en form for strategier de brukte for å ivareta seg selv, ved at de igjennom denne ivaretakelsen formet og opprettholdt sin egen indre opplevelse av verdighet. På samme tid beskyttet disse strategiene dem mot ytre påvirkninger av verdigheten, slik at de ikke ble krenket. Litteraturen beskriver også at pasienter bruker strategier for å ivareta seg selv under sykehusopphold (Jacelon, 2001; Matiti og Trorey, 2004). Ifølge Edlund (2002) er den relative verdighet nettopp i forandring fordi den skapes og formes av mennesket selv. Det var kanskje dette respondentene forsøkte ved å fremstå på ”riktig” måte, ha ”riktige” holdninger og ”rette” forventninger, eller gjennom å justere disse holdningene og forventningene til det som var nødvendig for å erfare verdighet.

Som ved Matiti og Trorey (2004) sin studie, ønsket også denne studiens respondenter å opprettholde egen og andres standard. Det kan diskuteres om dette var en bevisst strategi eller et valgt levesett, fra respondentenes side. Uansett ble deres indre opplevelse av verdighet formet og opprettholdt gjennom å uttrykke og opprettholde denne standard. Eksempel på

hvordan respondentene viste at de ønsket en viss standard og strevde med å opprettholde den, var deres vektlegging på ordentlighet. Respondenten knyttet begrepet ordentlighet direkte til begrepet verdighet, og beskrev en indre og en ytre dimensjon av ordentlighet. Å være et ordentlig menneske og å ha ordentlige omgivelser hadde stor verdi for dem, og gav dem en indre opplevelse av verdighet. Dette stemmer overens med Edlunds (2002) beskrivelse av den indre etisk dimensjonen av verdighet, hvor verdier som viser hvilken moral og normer mennesket har, er rådende. Hun påpeker at verdighet kommer til uttrykk gjennom holdninger et menneske har, og at det er nødvendig for mennesket å få formidle disse holdningene og dermed sin verdighet, gjennom handlinger og attributter. Det må være harmoni mellom de krav mennesket stiller til seg selv og det mennesket klarer å uttrykke i handlinger, for at det skal oppleve verdighet. Derfor trenger også ordentligheten en ytre dimensjonen. Menneskets verdier uttrykkes i den ytre estetiske dimensjonen av verdighet. I respondentens tilfelle var det nødvendig både å uttrykke sin standard, få hjelp til å opprettholde den og erfare at omgivelsene også hadde denne standard, for å erfare verdighet. Hvordan de ytre påvirkningene av verdighet bygde opp under dette eller ikke, vil bli diskutert senere.

Foruten å ha en klar holdning til hvordan de ønsket å fremstå og forsøke å opprettholde denne standard, uttrykte også respondentene andre holdninger som kan forstås som strategier for å forme og opprettholde verdigheten. Eksempler på slike holdninger var at respondentene gjennomgående viste en positiv og empatisk innstilling, var aksepterende, tilpasningsdyktige, forståelsesfulle, viste stor respekt og medfølelse for helsepersonellet og bagatelliserte seg selv. Ifølge Jacelon (2001, 2003) og Matiti og Trorey (2004) svarer ofte eldre mennesker med å bruke slike holdninger som strategier når verdigheten trues, og Bondevik (2000) påpeker at eldre mennesker bevisst eller ubevisst kan ta på seg en rolle som grei, tålmodig, ikke kravstor eller masete for å oppnå fordeler og unngå ubehageligheter. Respondentene bekreftet at det var mulig å smiske seg til verdighet gjennom en god væremåte. Deres forventninger til seg selv og sine omgivelser kan også representere en form for strategier de brukte. Matiti og Trorey (2004) fant at pasienter justerte sine forventninger til hvordan de trodde verdigheten skulle bli ivaretatt, selv om de egentlige hadde en annen definisjon av verdighet og ivaretagelse av den. Ved å justere sine forventninger til et nivå de kunne leve med, beskyttet kanskje respondentene seg selv. Ved ikke å forvente så mye, ble de heller ikke skuffet, ved å forutse potensielle krenkelser, ble de ikke krenket. Datamaterialet viste til tider stor differanse mellom hvordan respondentene ville beskrive det å få verdigheten

ivaretatt, og deres reelle erfaringer. Likevel fortalte respondentene at de var fornøyde og at de erfarte å bli ivaretatt.

Sørli, Torjuul, Ross og Kihlgren (2006) påpeker at helsepersonell ikke umiddelbart må slå seg til ro med pasienters tilfredshet, da den må ses i sammenheng med pasientenes sårbare situasjon. Ulike årsaksforhold kan ligge til grunn for respondentenes holdninger og forventninger. Først og fremst kan dette være et uttrykk for at de faktisk erfarte å få sin verdighet ivaretatt, og derfor ikke ønsket å klage. Det må likevel tas i betraktning at eldre mennesker har større grad av beskjedenhet, økt tendens til å oppgi sin selvbestemmelsesrett, større respekt for autoriteter og generelt har lavere forventninger enn yngre mennesker (Laake, 2003b; Randers, Olson og Mattiasson, 2002). Det synes også å være enighet om at pasienttilfredshet øker med alderen (Foss, 2002). Respondentene selv påpekte at den positive innstillingen kunne skyldes deres alder.

Et annet årsaksforhold kan være de negative holdninger eldre mennesker møter, både på samfunnsplan (Stratton og Tadd, 2005), og blant helsepersonell (Erlén, 2007). Eldre mennesker er på ingen måte immune mot slike holdninger, og holdningene vil ifølge Jacelon (2002) påvirke pasienters verdighet. Tornstam (1999) påpeker at den demografiske utviklingen ofte blir presentert som en trussel, et scenario der "eldrebomben" snart vil eksplodere og en stor mengde eldre mennesker vil kreve ressurser og omsorg. Budskapet blir: "Dere koster penger!" Begreper som "eldrebølgen" og "eldreproblemet" drøftes i media som en fare som truer velferdsstaten. Litteraturen viser også at eldre sykehuspasienter både blir betraktet som "bedblockers" og "rust i maskineriet" (Bondevik, 2000). Det gis et inntrykk av at eldre mennesker okkuperer sykehussengene til andre som trenger dem mer (Tornstam, 1999). Å bli stemplet som en byrde for samfunnet, med tanke på ressursbruk og økonomiske kostnader, gjør noe med eldre menneskers holdninger til seg selv (Bondevik, 2000; Valset, 2005). De kan etter hvert betrakte seg selv slik som de oppfatter at omgivelsene gjør. Merton kaller dette selvoppfyllende profeti, og Mead betegner det som selv-andre-persepsjon. Konsekvensen blir at eldre mennesker oppfatter seg selv som et samfunnsproblem og føler skyld over å leve (Bondevik, 2003). Respondentene uttrykte at de erfarte å være til byrde, og følte skyld over å ha havnet i denne situasjonen. En sa at hun ikke hadde noe i samfunnet å gjøre, og at hun flere ganger hadde ønsket å dø, men at hun ikke kunne ta sitt eget liv. Når respondentene erfarte å være til byrde, og at det egentlig ikke var plass til dem, er det forståelig at de tok til takke med det de fikk. De ønsket sannsynligvis ikke å være enda mer til byrde, ved å kreve ytterligere.

Manglende evne til å kreve sin plass kan også skyldes en redsel for å utlevere seg, og ikke bli tatt imot. Ifølge Løgstrup (1999) er det ikke å bli tatt imot verre enn både forlegenhet og den fare som misbruk av tillit medfører. Dersom et menneske våger seg frem for å bli møtt, men ikke blir tatt imot, er det svært viktig ikke å røpe dette til andre, helst ikke engang til seg selv. Mennesket vil ikke vedkjenne seg at det har blottstilt seg, og maskerer dette så godt det kan. Respondentenes holdninger og forventninger kan være uttrykk for dette. På flere måter bortforklarte de, de negative opplevelsene, begrunnet ofte dette i ”systemet,” istedenfor enkeltpersoner. Kanskje fordi det var lettere å leve med skamfølelsen når det var et system som hadde forårsaket den, og ikke en enkeltperson.

Tilslutt kan respondentenes holdninger og forventninger være et uttrykk for at de hadde behov for å løfte frem andre og nye verdier, i en tid der flere verdier som representerte deres verdighet var truet eller hadde gått tapt. Ifølge Edlund (2002) opprettholdes og gjenoppbygges menneskets verdighet på denne måten. Mennesket former sine verdier hierarkisk og disse uttrykkes i handlinger og attributter, med mål om å gi mennesket en indre opplevelse av verdighet. Selv om verdiene i den absolutte verdighet ikke kan krenkes, kan ytre påvirkninger føre til at disse blir mindre synlige. For å opprettholde sitt verd vil derfor mennesket prøve å fremholde andre verdier som kan symbolisere verdet, ved at det skjer en bevegelse mellom verdiene. En verdi blir erstattet med en annen. Respondentenes opplevelse av å miste verdier som livet, det livet hadde gitt, uavhengighet og sosiale roller, førte muligens til et behov om å løfte verdier som høy standard, ”riktige” holdninger og ”rette” forventninger frem, da dette kunne representere deres verdi. At respondentene fremhevet andre verdier, kan tyde på at de hadde forsonet seg med situasjonen, og at de nye verdiene gav dem mening og opplevelsen av å fremdeles kunne leve opp til sine egne og andres normer og krav.

Ivaretagelse av verdighet gjennom ytre påvirkning

Merleau-Ponty fastslår at mennesket ikke er noe uten sine omgivelser, da disse to skaper og gjenskaper hverandre (i Dahle, 2005). Denne påstanden er interessant da funnene, foruten å påpeke at verdighet var en indre opplevelse, også viste at ivaretagelse av den skjedde gjennom ytre påvirkninger. Den indre opplevelsen av verdighet var avhengig av ytre påvirkninger for å formes, uttrykkes og opprettholdes. Respondentenes ytre påvirkninger var derfor avgjørende for hvordan de erfarte å få sin verdighet ivare tatt under sykehusoppholdet. Ifølge Edlund

(2002) trenger verdighet en offentlig godkjennelse for å bli oppfattet som gyldig. For at respondentene skulle erfare verdighet måtte de få hjelp til å opprettholde og uttrykke sine verdier. Det var også viktig at de selv, deres verdighet og verdier på ulike måter ble bekreftet. Ved å diskutere hvordan de ytre påvirkningene ivaretok denne oppgaven, vil respondentenes erfaringer med ivaretagelse av verdighet bli synlig.

Datamaterialet viste også hvordan respondentene ville beskrive det å få verdigheten ivaretatt. Disse beskrivelsene kan brukes som mal opp mot respondentenes reelle erfaringer, for å vurdere hvordan verdigheten faktisk ble ivaretatt. Ifølge funnene ble den ivaretatt i relasjon til andre mennesker, der relasjonens innhold var avgjørende. Foruten betydningen av relasjonens innhold, påpekte også funnene ulike elementer med og i relasjonene, som kunne være truende for ivaretagelsen av verdighet.

Ivaretagelse av verdighet gjennom relasjon til andre mennesker

Ifølge George (1998) er verdighet avhengig av den enkelte relasjon og hvordan denne er, noe funnene bekreftet. Mennesker er sosiale vesener, og møte mellom mennesker er kanskje den viktigste delen av livet, da mennesker erfarer seg selv i møte med andre (Greve, 2004). Ifølge Martinsen (2006) handler også sykepleie om menneskelige møter og relasjoner. Respondentene mente at ivaretagelse av verdighet skjedde i relasjon til andre mennesker, og i deres situasjon var spesielt relasjonen til familie og venner, helsepersonell og medpasienter avgjørende. Dette bekrefter også Jacelon (2003). På ulike måter gav disse relasjonene noe som respondentene trengte for å ivareta sin verdighet.

Kjærlighet og hjelp fra familie og venner. Gjennom relasjonene til familie og venner følte respondentene seg elsket, verdsatt og betydningsfulle, noe som ifølge litteraturen er nødvendig for å erfare verdighet (Eriksson, 1995; Griffin-Heslin, 2005). Funnene viste også at verdigheten til respondentene ble styrket gjennom den hjelp de fikk av disse. Respondentene påpekte at de klarte å "stå i" den dramatiske hendelsen som innleggelsen på sykehuset representerte, nettopp fordi de hadde pårørende som hjalp dem, for eksempel med rådgiving og hjelp til å få behov og rettigheter ivaretatt.

Utfordringen oppstår derimot når pasienter ikke har pårørende som kan gi dette. Dette reflekterte også noen respondenter over. Ifølge Eika (2006) oppstår det et klaseskille mellom pasienter med og uten pårørende, da pårørende sikrer den gode pleien. Dette er alvorlig med tanke på at en tredjedel av eldre mennesker over åtti år, ikke har pårørende i nærheten. For

dem blir relasjonen til helsepersonell dermed enda mer avgjørende for ivaretagelsen av verdighet.

Personlig engasjement og ivaretagelse av helsepersonellet. Møte mellom pasient og helsepersonell er selv testen på verdigrunnlaget for helsetjenesten (St. meld. nr. 26, 1999-2000). Datamaterialet viste at respondentenes relasjon til helsepersonellet var avgjørende for hvordan de erfarte å få verdigheten ivaretatt. Dette stemmer overens med Bøe (2008), som fant at verdighet eksisterte i relasjon mellom pasient og helsepersonell. Dersom Haddocks (1996) påstand om at sykepleieren selv er det viktigste verktøyet for å ivareta pasienters verdighet, er riktig, vil helsepersonells relasjonelle kompetanse være avgjørende.

Respondentene var generelt fornøyd med helsepersonellet som gruppe, men beskrev likevel en personlig dimensjon hos den enkelte, som var avgjørende for om verdigheten ble ivaretatt. Her erfarte respondentene store individuelle forskjeller. Noen fortalte om positive erfaringer i møte med helsepersonellet, og at enkelte hadde gjort spesielt godt inntrykk på dem. Andre hadde mer negativt inntrykk, da de hadde erfart å få verdigheten krenket. Bondevik (2000) reflekterer over hvorfor det er slik forskjell på helsepersonellet, og henviser til Hjort som mener at forskjellen ligger i evnen til å se, fornemme og føle hvordan pasienter har det. Det dreier seg om en taus, uskreven kunnskap som personer har ervervet seg gjennom års praksis, og om en erkjennelse av at det er et lidende menneske som pleies. Helsepersonellens positive og negative egenskaper ble målt på bakgrunn av deres humør, effektivitet, engasjement, medgjørighet, hjelpsomhet og evne til å være imøtekommende, sosiale, lyttende og opptatt av respondentenes individuelle behov. Carper (1975) påpeker at sykepleieutøvelsen trenger flere kunnskapskomponenter. En av disse er personlig kunnskap, som virkeliggjøres i relasjon til pasienter, og som derfor er viktig i sykepleieres samhandling med dem. Selv om denne er viktig, kan det stilles spørsmål om denne komponenten skal være så avgjørende for pasienters ivaretagelse av verdighet. Når Fagermoen (1998b) skal beskrive sykepleierens grunnkompetanse, setter hun fokus på sykepleierens utøvende aspekt, istedenfor egenskaper hos den enkelte person. Hun hevder at kompetanse ofte omtales som evner, ferdigheter og kunnskap utøver må være i besittelse av. Det er imidlertid ikke sikkert at disse kvalifikasjonene synliggjøres i handling. Det er derfor viktig å uttrykke sykepleierens kompetanse som kjennetegn ved utførelsen, heller enn kjennetegn ved personen, da kompetansen må gjenfinnes i alle situasjoner der sykepleie utøves. Sykepleiekompetanse må måles i handlinger, noe også respondentene verdsatte hos helsepersonellet.

Tilhørighet og trøst fra medpasienter. Nightingale mente at en av forutsetningene for å ivareta pasienters verdighet, var å tilrettelegge miljøet rundt pasientene på en slik måte at naturlig helbredelse fant sted (i Fagermoen, 1999). Det er ikke sikkert at Nightingale hadde medpasienter for øye, men ifølge funnene var også respondentenes relasjon til medpasienter avgjørende for ivaretagelsen av verdighet. Album (1996) påpeker at pasienter både ser, hører og lukter hverandre. Selv om de sjeldent kjenner hverandre fra før, må de leve tett på hverandre samtidig som de forholder seg til sin sykdom og behandling. Relasjonene mellom pasienter er både distanserte og nære. På samme tid som en viss avstand blir opprettholdt, snakker de sammen om sykdom og om personlige ting, som de kanskje ikke snakker med sine nærmeste om. De kan derfor oppleve en viss tilhørighet til hverandre.

Funnene viste at respondentene både hadde positive og negative erfaringer med sine medpasienter. I mangel på å ha noen andre å snakke med, om sine bekymringer, erfarte noen at det var godt å snakke med medpasienter. Eriksson (1995) hevder det er betydningsfullt for verdigheten å få snakke om sine bekymringer. Videre kan respondentenes negative erfaringer, med at medpasienter var forstyrrende og nysgjerrige være krenkende for respondentenes privatliv, noe som ifølge Griffin-Heslin (2005) ikke er forenelig med ivaretagelse av verdighet. Noen respondenter påpekte også at de ikke forsto medpasienters oppførsel, da de ikke kunne gå god for den. Edlund (2002) beskriver en indre etisk holdning av verdighet som øker oppmerksomheten til andres verdighet, og som fungerer som et slags etisk prinsipp og ideal. Dette understreker også Nordenfelt og Edgar (2005), som beskriver verdighet som et resultat av menneskets moral. Det kan tenkes at respondentene reagerte på medpasienters væremåte fordi den ble ansett som umoralsk og dermed krenkende for verdigheten. Dette var også krenkende for respondentenes verdighet at omgivelsene, som de var en del av, syntes umoralske og dermed uverdige. Noen følte også ansvar for sine medpasienter som var syke, gråt og ”ojet” seg, og de ble oppbrakte over at helsepersonellet ikke kom for å hjelpe. Walsh og Kowanko (2002) påpeker at opplevelsen av sinne, angst og skam er krenkende for verdigheten. Det kan tenkes at det nettopp var slike følelser respondentene kjente, når de erfarte at medpasienters lidelse ikke ble møtt.

Relasjonenes innhold avgjørende for ivaretagelse av verdighet

Menneskets gjensidige avhengighet til hverandre krever, ifølge Martinsen (2003) en form.

Relasjonen kjennes på formen, holdningene og tonen. Foruten at ivaretagelsen av verdighet

var avhengig av å være i en relasjon, viste også funnene at det var av avgjørende betydning hva denne relasjonen inneholdt. Den måtte inneholde elementer som var styrkende for respondentenes verdighet, da relasjonen og dens innhold representerte noen ytre påvirkninger som var nødvendige for at respondentene skulle erfare å få verdigheten ivaretatt. Respondentene mente at relasjonen måtte inneholde å få sin iboende verdighet respektert og bekreftet, de måtte bli sett og anerkjent som hele, unike og verdifulle mennesker, og få sine individuelle behov hørt, tatt på alvor og ivaretatt. Videre påpekte funnene at dersom relasjonen ikke inneholdt slike elementer, eller dersom omgivelsene vanskeliggjorde disse, var dette truende for ivaretagelsen av verdighet. Nedenfor vil relasjonens innhold og de ulike truende elementene bli diskutert.

Få sin iboende verdighet respektert og bekreftet. Det er ifølge Damron-Rodriguez (1998) ikke helsepersonellens oppgave å gi pasienter verdighet, men å respektere den iboende verdighet i hver enkelt person. Dette var også respondentene tydelige på. Videre mente de det var viktig å få verdigheten bekreftet, uansett omstendigheter. ”Människans värdighet handlar om vårdandets mest fundamentala värde, att förutsättningslöst bekräfta patientens absoluta värdighet som människa.” (Eriksson, 1996, s. 79). Verdighet er ikke et nøytralt fenomen. Det spiller en viktig rolle hvordan helsepersonell, som aktører overfor pasienter, betrakter og behandler deres verd. Menneskeverdet eksisterer kun dersom det blir anerkjent til å eksistere, derfor kommer dets faktiske skjørhet til syne i praksis, da det kan krenkes like hurtig som det aktes. Det at menneskeverdet i hele tatt lar seg krenke, skyldes at det er avhengig av å bli vist sensitivitet, da menneskene som bærer verdet er sårbare. Denne sensitiviteten er ikke alltid til stede og kan bli påvirket av hemmende faktorer (Vetlesen, 2003). Edlund (2002) påpeker at selv om verdighetens indre verdier ikke kan krenkes og alltid finnes hos mennesket, kan kontekstuelle omstendigheter være slik at de skygger for disse, slik at deres eksistens vanskelig oppfattes.

Et overskyggende element som ble tydelig i studiens funn, var at verdier som formet, opprettholdt og uttrykte respondentenes verdighet, mer eller mindre hadde gått tapt. Dette medførte at de ikke lenger i samme grad hadde noe å begrunne sin verdighet i. Å snakke om verdighet til eldre mennesker er ifølge Kirkevold (2001b) å tale tidsånden midt imot. Det er å appellere til ”det ukvalifiserte menneskeverd,” til en verdighet som ikke krever spesifikke kvalifikasjoner. Ifølge Edlund (2002) erstatter mennesket de verdier som ikke lenger er oppnåelige med verdier som er nærmere kjernen. Verdiene som symboliserer å ”gjøre” blir

mer og mer erstattet med verdier som symboliserer å "være." Mennesket blir på en måte "ribbet" for alle ytre attributter, og tilslutt kan det hende at bare verdiene hellighet og menneskeverd gjenstår. Dette tydeliggjør viktigheten av å respektere og bekrefte pasienters menneskeverd, for på den måten å vise dem at det er nok å bare "være." Menneskets verdi skal løftes frem i kraft av at mennesket er et menneske, og ikke på bakgrunn av hva mennesket har gjort seg fortjent til (St. meld. nr. 26, 1999-2000). Denne iboende verdighet klynget også respondentene seg til. Selv om de uttrykte et ønske om å få hjelp til å opprettholde eller bli satt i stand til å være det mennesket de på ulike måter ønsket å være, beskrev de også behovet for å bli respektert og bekreftet i sin avhengighet. Å bli respektert for sin iboende verdighet, var ifølge dem å bli akseptert og sett på som verdifulle mennesker, også i denne situasjonen. Likevel hadde noen erfart å ha mindre verdi nå når de ikke lenger kunne opprettholde sitt "jeg," i form av å kunne bevege seg og å være uavhengig. De fortalte også at de opplevde å ha mindre verdi enn yngre pasienter. Dette er beklagelig da Moody (1998) hevder at mennesket tilskriver seg verdi etter hvilken verd omgivelsene gir det.

Monsen (2000) påpeker at det kan virke som om flere tror at politiske beslutninger, ulike lover og retningslinjer styrker menneskeverdet i seg selv. Lover og reguleringer er selvfølgelig nødvendig, men menneskeverdet eksisterer først og fremst på holdningsplan, i menneskenes umiddelbare og spontane forståelse av seg selv og andre. Løgstrup (1993) påpeker at samfunnet selv må finne frem til hvordan den kosmiske likhet blir virkeliggjort, da forstått som likeverd og absolutt menneskeverd. Dette blir helsetjenesten og det enkelte helsepersonells ansvar. Mosbye (1994) påpeker at respekt for menneskeverdet er å se en person som det mest verdifulle på jord uansett farge, rase, kultur, alder, kjønn og politisk overbevisning. Gjennom å vise respekt bekreftes pasienters absolutte verdighet som menneske (Eriksson, 1995). Ifølge Frost (2001) betyr å respektere å se om igjen, se på ny. For at helsepersonellet skal virkeliggjøre den kosmiske likhet i praksis, og dermed respektere og bekrefte pasienters iboende verdighet må pasienter ses, og kanskje på en ny måte.

Sett og anerkjent som et helt, unikt og verdifullt menneske. Ifølge Monsen (2000) er menneskets dypeste behov å bli sett som person, bli verdsatt og få oppmerksomhet. Disse behov uttrykte også respondentene, og historier hvor de på ulike måter ble sett, gikk igjen når de skulle fortelle om situasjoner hvor de hadde erfart å få sin verdighet ivaretatt. De brukte beskrivelser som å få anerkjennelse for den person du er, erfare at du betyr noe, bli verdsatt og være kjent. Litteraturen påpeker også at eldre mennesker verdsetter pleie hvor de føler seg

gjenkjent og verdsatt (Davis, 2000). Edlund (2002) fastslår at alle mennesker, uansett situasjon, skal bli møtt med aktelse, ærbødighet og kjærlighet. Pasienter må bli sett på som unike, likeverdige og som bærere av en uendelig og ukrenkelig verdi. Ifølge Martinsen (2000, 2006) ønsker pasienter å bli møtt på en god måte, av et helsepersonell som prioriterer situasjonen, gir dem oppmerksomhet, er tunet inn på dem og i stand til å ta del i deres verden. For å få dette til trengs langsomhet, tålmodighet, ro og stillhet, noe som kan være utfordrende i en travel sykehushverdag. Helsepersonell formidler gjennom kropp og blick enten tilgjengelighet, interesse og engasjement, eller det motsatte (Bøe, 2008). Dersom pasienter ikke blir sett, kan de erfare å bli usynlige og verdiløse for omverdenen. Derfor er det av avgjørende betydning at helsepersonell går inn i det Lindseth (1994) kaller for sansingens tjeneste. Ifølge respondentene gav familie og venner dem opplevelsen av å være verdsatt, men også helsepersonellet hadde en nøkkelrolle i å gi dem den anerkjennelse de trengte. For dem betydde det å bli sett helt konkret at helsepersonellet så deres situasjon som en helhet, gav dem anerkjennelse for de personer de var og for det de presterte, så deres unikhet og behandlet dem deretter, investerte tid i dem og så dem som et mål i seg selv, slik at de erfarte seg verdifulle.

Det er kanskje ikke så overraskende at respondentene fortalte om sitt liv i sin helhet, og hadde behov for å bli sett som et helt mennesket, da eldre mennesker ifølge Tvedt (2005), betrakter sitt liv slik. Det livet de har levd, lever og den situasjon de nå er i henger sammen. Helsepersonell må derfor sette seg inn i pasienters verden, og se og forstå deres livsverden (Birkler, 2003). Dette er kanskje bakgrunnen for at St. meld. nr 26 (1999-2000) fastslår viktigheten av å møte pasienter med et helhetlig menneskesyn, og at sykepleie av god kvalitet kjennetegnes ved et holistisk fokus (Hart et al, 2002). Dette virket spesielt viktig for studiens pasientgruppe. Litteraturen påpeker at pasienter med lårhalsbrudd ofte kommer til sykehuset med en allerede bekymret sosial situasjon, og er sådan en sårbar pasientgruppe. Skadens alvorlighetsgrad gir ytterligere bekymringer overfor situasjonen og fremtiden (Lindèn og Hagstedt, 2002), da lårhalsbrudd både gir store fysiske, psykiske og sosiale konsekvenser (Randell et al, (2000). Sykepleien til disse pasientene må derfor bestrebe å se hele deres situasjon, og ikke bare se lårhalsbruddet isolert (Lindgren og Svensson, 1996). Dette står i sterk motsetning til det reduksjonistiske menneskesynet som Alvsvåg (1993) mener råder i helsetjenesten. Helsepersonellet kan ifølge Meiner (2006b) bli så opptatt av det akutte problemet at de ikke ser de underliggende problemene, og hvordan dette påvirker pasienters helse og opptrening. Dette er ugunstig da pasienter ikke bare har isolerte fysiske problem,

men også et følelsesliv og sosialt liv som endres under sykdom (Fagermoen, 1992). Dette ble tydelig hos respondentene da de var mer opptatt av sine bekymringer for fremtiden, enn selve lårhalsbruddet. Med et helhetlig menneskesyn hadde kanskje helsepersonellet blitt mer oppmerksom på slike dimensjoner, og stått bedre rustet til å hjelpe.

Denne måten å se pasienter på er også viktig for at deres verdighet skal ivaretas. Å se mennesket som en helhet, og opprettholde denne er ifølge Edlund (2002) viktig, da krenkelse av menneskets verdighet skjer når helheten, eller trekanten som symboliserer den, splittes opp. Shotton og Seedhouse (1998) beskriver dette som en murvegg, der muren representerer det personen har vært i stand til å bygge seg opp gjennom årene. Faller noen av disse murklossene sammen, vil omstendighetene avgjøre om muren raskt kan bygges opp igjen. Disse murklossene kan forestille det Edlund (2002) kaller symboler for verdigheten, og når disse faller bort er dette truende for verdighetsopplevelsen. Helsepersonell må derfor bestrebe å etablere pasienters helhet igjen, noe som ifølge Eriksson (1995) gjøres ved å bekrefte deres verdier. Dette var også viktig for respondentene. Ifølge funnene var de avhengig av elementer som mening, opplevelse av selvverd og identitet for å opprettholde verdigheten. Flere av de verdier som var nødvendige for å eie disse elementene var imidlertid gått tapt, slik at helheten var brutt og verdigheten var truet. Respondentene trengte derfor å få sine verdier bekreftet, noe de erfarte ved å få anerkjennelse for de personene de var og det de presterte. Noe Bøe (2008) også bekrefter i sin studie. På den måten kan symbolene som representerte deres verdighet på nytt løftes opp. Da var det nødvendig at helsepersonellet gav respondentene oppmerksomhet for sine historier og tidligere meritter. Noen respondenter hadde spesielle meritter gjennom tidligere arbeid og posisjoner, mens andre ikke var i besittelse av dette, men hadde levd et langt liv og fått livserfaring og visdom gjennom dette. Denne type anerkjennelse hadde de fleste respondentene ikke erfart å få av helsepersonellet. De uttrykte at de ikke følte seg særlig spesielle, og hadde opplevelsen av å "bare" være en pasient. Noen hadde også erfart å bli satt i bås og diskriminert for sin alder, istedenfor å få anerkjennelse for den. Videre var det viktig for respondentenes opplevelse av selvverd og verdighet at deres egenskaper ble sett og anerkjent. Dette erfarte de når de for eksempel fikk positive tilbakemeldinger på trening. Respondentene mente at helsepersonellet var flinke til dette. De erfarte å få skryt for sin innsats, noe som gav dem mot, stolthet og følelsen av å mestre. Det var viktig for dem å bli forstått og anerkjent som personer som ønsket å stå på. Dette kan ses i sammenheng med det som tidligere ble fastslått, at selvstendighet og det å leve opp til egne og andres krav er viktig for å opprettholde verdigheten (Edlund, 2002). Det var også betydningsfullt for

respondentene å få formidle ”selvet” sitt, til omgivelsene, å få hjelp til å være de menneskene de ønsket å være, slik at deres identitet ble bekreftet. Respondentene hadde også behov for å uttrykke sine holdninger, og erfare at helsepersonellet hjalp dem med å opprettholde sin standard. Ivaretagelse av disse to elementene vil bli diskutert senere. Bekreftelse og anerkjennelse av slike verdier, gir ifølge Edlund (2002) avtrykk i den absolutte verdigheten, slik at blant annet menneskeverdet bekreftes. På den måten vil helsepersonellet helt konkret virkeliggjøre den kosmiske likhet, som Løgstrup (1993) påpeker. Det var også nødvendig at helsepersonellet identifiserte respondentenes tapsopplevelser og støttet dem, for på den måten gi rom for nye verdier, der andre var tapt. Noe som også Edlund (2002) påpeker er viktig for ivaretagelsen av verdighet. Ifølge Valset (2005) er det også avgjørende for fremtidig livskvalitet at gjenværende verdier forvaltes godt, slik at mennesket finner ny mening. Eldre mennesker må derfor få mulighet til å vise sin identitet (Tadd og Bayer, 2006), ved å få hjelp til å beholde sine roller eller erstatte disse med nye (Bondevik, 2000). For at helsepersonell skal klare disse oppgavene må de bruke tid på å finne ut hvem pasienten er og har vært som person (Kirkevold, 2008).

Dersom verdier skal bli sett, bekreftet og anerkjent er det nødvendig for helsepersonell å finne ut hva som er viktig for den enkelte pasient. Hver pasient må betraktes som en unik, uerstattelig person med sin egen historie. Å virkelig bekrefte menneskets verdighet forutsetter ifølge Eriksson (1996), at helsepersonell våger å opptre forskjellig overfor pasienters ulikheter. Helsepersonell må lytte til pasienters historie, og på den måten gi dem sjansen til å fortelle hvem de er, hva som har verdi for dem og hva som er viktig for dem å opprettholde (Alvsvåg, 2000). Det er en grunnleggende verdi i sykepleien å gi individualisert sykepleie, hvor det tas utgangspunkt i den enkelte pasients situasjon (Kirkevold, 2008), og Statton og Tadd (2005) påpeker at dette er avgjørende for ivaretagelsen av verdighet. Respondentene uttrykte at helsepersonellet måtte godta dem slik de var, for å erfare verdighet. Det måtte også bli tatt hensyn til at de var forskjellige mennesker med ulike behov. Å ta utgangspunkt i pasienters historie og situasjon er også viktig for at helsepersonell skal vite hva verdighet innebærer for den enkelte, for å kunne ivareta den. Dette fordi verdighetsopplevelsen er individuell og situasjonsbetinget. Det er kun det enkelte mennesket som vet hvilken mening de ulike verdiene har (Edlund, 2002). Respondentene uttrykte at de ofte erfarte at de bare var en av mange pasienter. Pleien erfart samlebåndspreget, og alle fikk samme pleie og informasjon. Videre var det ofte var forskjellig helsepersonell som stelte dem hver dag, og dermed ikke kjente deres behov. At sykepleien erfares som rutinepreget og upersonlig

bekreftes også av Koch, Webb og Williams (1995). Det økende presset i helsetjenesten kan ifølge Kirkevold (2008) føre til at sykepleie i sterkere grad blir utformet etter standardiserte prosedyrer og retningslinjer. Denne type sykepleie kan ifølge Mosbye (1994) føre til fremmedgjøring og gir liten mulighet for dyp kontakt mellom pasient og helsepersonell, da helsepersonellet er mer opptatt av oppgavene enn pasientene. Ifølge Stang (1998) skjer objektivisering når en persons tanker, verdier, meninger, følelser og reaksjoner ikke blir tatt hensyn til. Personen blir ikke tillagt evnen til å uttrykke seg, til å ta avgjørelser eller til å ha ressurser til å skape eller forme sin egen virkelighet. Dette er det motsatte av å se pasienten med det "hjertelig deltagende øyet," som ifølge Bøe (2008) bemyndiger pasienten og gjør ham i stand til å innta subjektstatus i sitt eget liv, noe som vil være med på å forhindre at pasienten krenkes. Det vil også være fremmede for verdigheten å få uttrykke sine verdier. Nettopp følelsen av å være unik er ifølge Erlen (2007) med og ivaretar verdigheten. For at verdigheten skal ivaretas må derfor pasienter betraktes som personer og ikke objekter som neglisjeres, ignoreres og utsettes for upersonlig og mekanisk pleie (Arino-Blasco et al, 2005; Walsh og Kowanko, 2002). En slik måte å se pasienter på er ifølge Vetlesen (1996) et farlig skritt i retningen av å se personer som utskiftbare og uten verd.

Flere forfattere påpeker at sykehusets omgivelser og system i seg selv kan være krenkende for pasienters verdighet, med tanke på manglende ressurser, stramme rutiner, rammer og prioriteringer (Seedhouse og Gallagher, 2002; Woolhead et al, 2006). Dette var erfaringer som respondentene hadde følt på kroppen. Samtlige respondenter hadde erfart at helsepersonellet ikke hadde nok tid til dem. Respondentene måtte innordne seg sykehusets rutiner, de erfarte at helsepersonellet var hastige og hardhendte i sine prosedyrer, og verken hadde evner eller anledning til å sette seg inn i respondentenes situasjon og gi det "lille ekstra." Helsepersonellet opplevdes oppjaget og stresset, og sykehuset erfart som et hektisk og kaotiskliggende sted. Dette "tempoet" førte til at noen respondenter til tider ikke visste hvor de var, noe som gav utrygghet og følelsen av ikke å "henge med." Flere respondenter uttalte at de var for gamle til å klare dette. Dette står i kontrast til respondentens behov om å bli gitt tid, noe de uttrykte var viktig for å erfare verdighet. De uttrykte også at de gjennom å bli gitt tid erfarte å bli sett, da de da opplevde seg verdifulle og verdt å investere i. Ifølge Nortvedt (2001) er tid den viktigste verdien i relasjonen mellom pasient og helsepersonell. Flere forfattere påpeker nødvendigheten med et synlig og tilgjengelig helsepersonell for å ivareta pasienters verdighet (Davis, 2000; Walsh og Kowanko, 2002). Spesielt er tid viktig for denne pasientgruppen, da eldre mennesker ofte trenger mer tid, fordi både fart, reaksjonstid,

tilhelingstid og arbeidsevne avtar med alderen. De har også dårligere kapasitet til å takle stress og har langsommere tilvenning til nye situasjoner (Evans, 2001; Schroll og Maagøe, 1992; Thompson, 1995). Dette understreker kanskje at eldre mennesker faktisk er på kollisjonskurs med sykehuset (Hjort, 2001).

Skylden for manglende tid og ressurser la respondentene på "systemet." De mente at helsepersonellet ikke kunne klandres for dette. Seedhouse og Gallagher (2002) påpeker også at helsepersonell ikke med vilje krenker pasienters verdighet, men at tradisjoner og kultur noen ganger vanskeliggjør å fremme den. Det vil ifølge Lian (2003) være vanskelig for helsepersonell ikke å la seg påvirke av tankegangen om at sykehuset er et system hvor effektivitet, produktivitet og økonomi er det viktigste, og dette vil etter hvert prege deres måte å se pasienter på. Her kan det trekkes paralleller til det Habermas kaller systemverdens kolonisering av livsverden. Systemverden kan forstås som de rammer, rutiner og organisering som finnes ved sykehusene, mens omsorg og pleierelasjoner skjer i livsverdenen. Dersom opprettholdelse av systemet blir det viktigste for helsepersonell og de bare har systemperspektivet for øye, vil fundamentale samfunnsmessige relasjoner brytes ned, da mange sosiale prosesser ikke lar seg omstille til dette perspektivet. For Habermas er både livsverdenperspektivet og systemperspektivet like viktige, da det ene gir mulighet til relasjoner og det andre skaper økonomi og struktur. Men dersom helsepersonell kun har et systemperspektiv for øye når de ser pasienter, vil dette kun være tjenelig for systemet og ikke for pasientene som befinner seg i sin livsverden. Systemverden representerer det tekniske og målrasjonelle, hvor aktiviteter må overbevise om at de er verdt å bruke tid og ressurser på. Alt må la seg begrunne (Burgaard et al, 1995; Eriksen og Weigård, 1999). Pasienter med lårhalsbrudd vil i et slikt system ha problemer med å overbevise om at de er verd å bruke tid og ressurser på, da de per definisjon kan betraktes som "ulønnsomme" pasienter. Habermas presenterte også det han kaller kommunikativ handling, som han sidestiller med den formålsrasjonelle handlingen. Her trenger ingen å rettferdiggjøre sine handlinger, gjennom gode grunner. Istedenfor å være resultatorientert er målet å være forståelsesorientert. Mennesket blir sett som et mål i seg selv, istedenfor bare å være et middel for å nå det aktuelle målet (Eriksen og Weigård, 1999). Skal pasienters verdighet ivaretas virker det nødvendig at helsepersonell ser pasienter som mål i seg selv. Å se pasienter som et mål i seg selv, og å se dem med et livsverdensperspektiv vil muliggjør etablering av gode relasjoner, preget av lydhørhet og ivaretagelse, og gi muligheten til å se verden slik pasientene gjør (Birkler, 2003; Eriksen og Weigård, 1999). Noe som ifølge Martinsen (2006) vil ivareta deres

verdighet. For at helsepersonell skal forstå pasienter og hva som er viktig for dem, må de se pasienter i et livsverdensperspektiv, og ikke bare i et systemperspektiv, da det er i livsverden at pasienters verdier formes og livshistorier skapes (Gjengedal, 2001).

Livsverdensperspektivet åpner også for helhetssykepleie (Burgaard et al, 1995), med tanke på at pasienters sykdom og bekymringer ofte er knyttet til deres livsverden (Lindseth, 1995).

Få sine behov hørt, tatt på alvor og ivaretatt. Funnene viste at respondentene på mange måter var en utsatt og sårbar pasientgruppe, og at lårhalsbruddet påvirket deres livssituasjon i sterk grad. Litteraturen bekrefter dette, ved å vise til at lårhalsbrudd gir alvorlige konsekvenser for eldre mennesker (Lindèn og Hagstedt, 2002), som allerede har nedsatt reservekapasitet og evne til å tåle kirurgiske inngrep (Laake, 2003b). Dette var kanskje bakgrunnen for at respondentene karakteriserte bruddet som en dramatisk inngripen i livet. På bakgrunn av respondentenes alder, helse, livssituasjon og tidligere erfaringer var dette det verst tenkelige som kunne skje. Flere hadde i lenger tid fryktet nettopp dette, og for noen hadde redselen vært innskrenkende for livskvaliteten. Denne pasientgruppen representerer et klart eksempel på Gjengedal (2001) sitt utsagn, om at sykdom ikke bare rammer kroppen, men menneskets totale tilværelse. For helsepersonell kan pasienters sykdom eller skade være en ren rutinehendelse, mens det for pasienter kan erfares som en livskrise (Chochinov, 2007). Det er derfor viktig at helsepersonell forstår den enorme belastningen dette kan være (Nortvedt og Grimen, 2004). For respondentene representerte lårhalsbruddet at de ikke lenger kunne leve det livet de ønsket, noe Edlund (2002) mener i seg selv er truende for verdigheten. Litteraturen påpeker også at verdigheten på ulike måter trues ved sykdom og sykehusinnleggelse (Nortvedt og Grimen, 2004; Eriksson, 1995). Foruten dette erfarte respondentene ytterligere tapsopplevelser grunnet dette, som tap av helse, uavhengighet, sosiale roller og relasjoner.

Med disse bakgrunnsselementer, og med de behov dette skapte, henvendte respondentene seg til helsepersonellet i håp om å bli tatt imot. Selv om respondentene bare var innlagt på sykehuset noen få dager, hadde sykehusoppholdet stor innvirkning. Foruten å få sin iboende verdighet respektert og bekreftet, og bli sett og anerkjent som hele, unike og verdifulle mennesker, var det avgjørende for ivaretagelsen av verdighet at relasjonen til helsepersonellet inneholdt å få sine behov hørt, tatt på alvor og ivaretatt.

Funnene tydeliggjorde ulike typer behov respondentene hadde, som behov for fysiske og følelsesmessige ivaretagelse, informasjon og prioritet. Castledine (2006) påpeker at

nettopp det å sikre pasienters helhetlige behov er med å ivaretar deres verdighet. Dette må vises i handlinger, noe respondentene generelt savnet fra helsepersonellens side. De beskrev ulike behov som ikke ble ivaretatt, og dette stemmer overens med andre studiers resultater. Den norske lægeforening (2001) fant for eksempel at sykehusene var for dårlig tilpasset eldre menneskers behov, og Zuckerman (1996) fremhever nødvendigheten av å forbedre pleien til pasienter med lårhalsbrudd.

Det var spesielt to typer fysiske behov respondentene beskrev og ønsket få ivaretatt. Dette var grunnleggende behov og behov for hjelp til å fremstå som de personene de ønsket å være. George (1998) påpeker at det noen ganger er de helt grunnleggende behov som er det viktigste for mennesker. Særlig blir de nærværende og økende i antall når et menneske blir sykt og kommer på sykehus. For eksempel kan smertelindring plutselig bli verdsatt høyere enn noe annet (Birkler, 2003). Respondentene beskrev flere fysiske plager grunnet operasjonen, som smerter, kvalme, oppkast, diaré, nedsatt matlyst, svimmelhet og følelsen av å være neddopet. Ivaretagelse av disse plagene representerte å få verdigheten ivaretatt. Det var også viktig at helsepersonellet hjalp dem med stell, påkledning, eliminasjon, matservering, temperatur og gjennomføring av eventuelle prøver og undersøkelser. Zuckerman (1996) fastslår viktigheten med god postoperativ sykepleie til denne pasientgruppen, særlig med tanke på komplikasjonsfaren de er utsatt for, og den omfattende rehabiliteringen de trenger (Laake, 2003a). Litteratur bekrefter også at ivaretagelse av pasienters grunnleggende behov er avgjørende for ivaretagelsen av verdighet (Eriksson, 1995; Kirkevold, 2001b). De fleste respondentene erfart å få fysiske behov ivaretatt, men noen ønsket mer tid og ressurser til stell, særlig i den postoperative fasen.

Respondentenes behov for hjelp til å fremstå som den personen de ønsket å være, virker spesielt viktig i forbindelse med ivaretagelse av verdighet. På bakgrunn av respondentenes lårhalsbrudd og det faktum at de hadde et sterkt ønske om å være "ordentlige" mennesker, ble spesielt hjelp til å gjenvinne selvstendighet og hjelp til å opprettholde et "ordentlig" ytre, og å ha "ordentlige" omgivelser viktig. Franklin et al, (2006) påpeker at eldres selvfølelse svekkes når de ikke lenger kan kontrollere sine kroppsfunksjoner og blir avhengige av hjelp. Shotton og Seedhouse (1998) viser også til at menneskers verdighet trues når de er i situasjoner hvor de føler seg inkompetente, utilstrekkelige og sårbare. Kroppslig avhengighet innebærer å trenge hjelp til grunnleggende, intime funksjoner, noe som kan være ydmykende i seg selv (Dahle, 2005). Både funnene og Erlen (2007) påpeker betydningen av å gjenvinne selvstendigheten, for å erfare verdighet. For å virkeliggjøre dette var respondentene

avhengig av en kropp som fungerte. På grunn av lårhalsbruddet trengte de derfor hjelp til opptrening, slik at de kunne gjenvinne sin uavhengighet, sosiale roller, selvfølelse, mening og dermed sin verdighet. Ifølge Zuckerman (1996) er målet for behandlingen av denne pasientgruppen, å komme tilbake til sitt funksjonsnivå. Tidlig mobilisering er avgjørende for å få dette til, og nødvendig for å unngå komplikasjoner. Det er også viktig at opptreningen må tilpasses den enkeltes forutsetninger. Det er derfor beklagelig at respondentene erfarte lang immobiliseringstid preoperativt, og at de hadde en opplevelse av at de måtte følge et visst skjema for opptreningen. Det må ifølge Laake (2003b) tas høyde for at rehabiliteringen kan bli tyngre med alderen. Videre må pasienters egne prioriteringer være det veiledende, og mestringsopplevelser må skapes, da dette gir opplevelse av verdighet (Shotton og Seedhouse, 1998). Meiner og Lueckenotte (2006) fastslår at få sykehushusavdelinger klarer å hjelpe eldre pasienter med å gjenvinne sin uavhengighet. Også respondentene uttrykte et ønske om mer hjelp til opptrening og at det ble gitt bedre rammer for egentrening, som for eksempel tid og trygghet. De beskrev hendelser hvor de hadde blitt avslått, når de hadde spurt om hjelp til opptrening.

”Hold meg noenlunde elskverdig,” sier St. Agnes Marie (i Valset, 2005). Dette sitatet er en passende beskrivelse av respondentenes ønske om både å få være og å få se ”ordentlige” ut. For respondentene var det viktig å få uttrykt denne verdien, da den fremmet verdigheten. Da den indre etiske og ytre estetiske dimensjonen av den relative verdigheten reflekterer menneskets absolutte verdighet, er det avgjørende å bekrefte de verdier som er synlige her (Edlund, 2002). I respondentens tilfelle var dette for eksempel verdien av å ha ”rette” holdninger og ha et ordentlig ytre. For å få bekreftelse på disse verdier var det derfor nødvendig at de ble forstått som ordentlige, passende, beherskede og troverdige mennesker, og at de fikk hjelp til å se og føle seg vel. Helt konkret kunne helsepersonellet hjelpe dem med dette ved å ta dem på alvor og tro dem. Videre krevdes et godt stell av respondentene, slik at de erfarte velvære. Respondentenes erfaringer med dette var ulike. Noen respondenter fortalte historier om når de ikke hadde blitt tatt på alvor eller trodd. Videre var noen takknemlige for at de hadde fått hjelp til stell, mens andre hadde ventet i flere dager på å få dusje. Også respondentenes ytre standard måtte være i overensstemmelse med sykehusets omgivelser. Det var for eksempel viktig at helsepersonellet var oppmerksomme på at de fysiske omgivelsene så pene og ryddige ut. Erfaringer respondentene hadde med dette var avhengig av helsepersonellets personlighet.

Respondentene uttrykte også følelsesmessige behov. Castledine (2006) viser til at pasienter også trenger å få slike behov ivaretatt på sykehus. De følelsesmessige behovene er spesielt fremtredende hos denne pasientgruppen, da de ankommer sykehuset med flere følelser, som de trenger hjelp til å bearbeide. For eksempel har disse pasientene ingen mulighet til å forberede seg på innleggelsen, noe som ifølge Fagermoen (1992) har betydning for hvordan de erfarer sykehusoppholdet. Respondentene beskrev følelser som sjokk, vantro, redsel, sinne, vemod, skuffelse, sorg og labilitet. De fortalte også at lårhalsbruddet skapte tanker om døden. Fremfor alt var de bekymret for sine nærmeste, for hjemmet, fremtiden og om de noen gang kom til å gå igjen. Å få disse "behovene" hørt, tatt på alvor og ivaretatt var avgjørende for å erfare verdighet. Dette erfarte de dersom de opplevde at helsepersonellet forsto og møtte disse følelsene. På grunn av tidsmangel blir ikke alltid pasienters bekymringer tatt hånd om av helsepersonell (Eriksson, 1995). Kirkevold (i Devik, 2005) påpeker at dette også kan bunne i at helsepersonellens utdannelse er mer fokusert på praktiske oppgaver, enn på å ivareta pasienters psykososiale behov. Foruten behovet for å snakke om livet sitt og om ulike tapsopplevelser, beskrev respondentene behov for å snakke ut om sjokket over å ha brukt lårhalsen, og om utryggheten og bekymringene dette gav. Flere av respondentene uttrykte at de ikke hadde fått anledning til dette. Faktisk hadde mangel på informasjon og ivaretagelse av de psykososiale behovene bare skapt enda mer bekymringer overfor situasjonen og fremtiden. Selv om helsetjenesten har som mål å lindre pasienters lidelse, mener Eriksson (1995) at utviklingen i stedet har ført til at pasienter blir gitt ytterligere lidelse. Hun kaller dette for pleielidelse da blant annet bekymringer, usikkerhet og ensomhet gir pasienter mer lidelse.

Respondentenes behov for informasjon var også tydelig. Ifølge Castledine (2006) utvikles verdighet dersom mennesket har kontroll over livet sitt. Dette kan kun oppnås dersom mennesket er informert om sin situasjon (Grønnestad og Blystad, 2004). Respondentene uttrykte nesten uten unntak, at de ikke hadde fått nok informasjon. Dette er beklagelig da godt informerte pasienter står bedre rustet til å møte fremtiden og usikre situasjoner (Grønnestad og Blystad, 2004).

Behovet for å bli prioritert ble spesielt tydelig i den preoperative fasen. Respondentene ventet gjennomsnittlig i overkant av et døgn på operasjon. Foruten at denne tiden erfartes belastende, fikk respondentene også følelsen av å ikke være prioritert, og opplevde at andre pasienter gikk foran dem. Ifølge Edlund (2002) er det viktig for å erfare verdighet, at mennesket kjenner seg verdifullt gjennom å bli prioritert. I respondentenes tilfelle ville dette

synliggjøres gjennom å bli operert. Istedenfor erfarte flere respondenter at de over tid ikke ble dette, noe som for dem ble tolket som at de ikke betydde så mye. Målet må være å gi disse pasientene hurtigst mulig operasjon, særlig fordi dette i vesentlig grad vil bedre prognosen (Zuckerman, 1996), og gi mindre dødelighet (Moran et al, 2005). Årsakene til at respondentene måtte vente så lenge på operasjon kan være mange. Lindgren og Svensson (1996) hevder at det i noen tilfeller er gunstig å vente med operasjon, for å kartlegge og forbedre situasjonen, da dette er en sårbar pasientgruppe. Likevel viser forskning at årsakene til lang operasjonsventetid oftere er begrunnet i manglende ressurser enn i medisinske årsaker (Moran et al, 2005).

Selv om flere respondenter uttrykte at de hadde erfart generell ivaretagelse under sykehusoppholdet, tyder beskrivelsene overfor på at de hadde behov som ikke hadde blitt hørt, tatt på alvor eller ivaretatt, i relasjonen med helsepersonellet. Respondentene ankom sykehuset i tillit om at de selv og deres behov ble mottatt. Ifølge Løgstrup (i Christoffersen, 1999) er tillit en suveren og spontan livsytring, men mennesket kan krenke og utnytte den. Det blir derfor helsepersonellens oppgave å legge forholdene til rette slik at tilliten kan vokse frem, og ikke ødelegges i relasjonen (Martinsen, 2003). I denne situasjonen kunne enten helsepersonellet velge å ta imot eller å avise respondentene. Ivaretagelse av verdighet stod her på spill. Ved hjelp av Løgstrup (1999) beskrivelse, holdt helsepersonellet respondentenes liv i sine hender, og kunne med ”en forbigående stemning,” et smil, nikk eller et hei avgjøre hvordan respondentene erfarte å få verdigheten ivaretatt. Ofte var det de små detaljene som gjorde utslaget. Lindseth (1995) beskriver pasienters avhengighet til helsepersonell som et kjærlighetsforhold, der pasienter i sin sårbarhet og med sitt behov for omsorg legger sine liv i helsepersonellens hender, i varhet over å bli mottatt. Løgstrup (1999) sier: ”For sjelefredens skyld er det heldig at vi ikke har noen anelse om hva vi har hatt i våre hender av andre menneskers livsmot eller livsglede,(...)” (s. 37). Helsepersonellet må være klar over hvilken makt de har og hvordan styrkeforholdet i denne relasjonen er. Ifølge Løgstrup melder det seg alltid en fordring om å ta vare på det av den andres liv som ligger i menneskets hender (Christoffersen, 1999). I fordringen ligger en appell om å ta vare på den andres liv (Martinsen, 2003). Respondentenes appell var blant annet en appell om å få sine behov hørt, tatt på alvor og ivaretatt. Men ifølge Martinsen (2003), kan mennesket overhøre fordringen, fraskrive seg ansvaret og overlate den til andre. I en travel sykehushverdag kan det være vanskelig for helsepersonell å møte fordringen, noe funnene bekrefter. Likevel må helsepersonell forholde seg til fordringen, da hvert helsepersonell ansvarliggjøres.

KAPITTEL 7 OPPSUMMERING OG ANBEFALINGER

Oppsummering

Respondentene syntes både begrepet verdighet, beskrivelse av å få det ivaretatt og erfaringer med dette var vanskelig å forklare. Likevel henviste de til en indre opplevelse av verdighet når de skulle fortelle hva de la i begrepet. Den hadde betydning for hvordan de erfarte å få sin verdighet ivaretatt under sykehusoppholdet, fordi den var det utgangspunktet respondentene hadde ved innleggelse. Den hadde sitt opphav i menneskets iboende verdighet og i menneskets historie og verdier. Foruten å beskrive verdighet som noe alle mennesker hadde, uansett, ble også verdighet beskrevet som noe som tilskrives et menneske på bakgrunn av hvem de var og hva de var i besittelse av. Respondentene hadde derfor behov for å uttrykke sin verdighet. Gjennom å eie og få uttrykke verdier som; et fullverdig liv, ansvars og omsorgsroller, uavhengighet og ”rette” holdninger og forventninger fikk respondentene en indre opplevelse av verdighet, da dette representerte mening, opplevelsen av selvverd, identitet og mulighet for å opprettholde sin standard, og bruke strategier for å beskytte sin verdighet. Verdier var både verdighetens uttrykksform og det som formet og opprettholdt den. Tap av verdier var derfor truende for verdigheten.

Studien påpeker at ivaretagelse av verdighet var avhengig av ytre påvirkning. Først og fremst skjedde dette i en relasjon, og relasjonene til familie, venner, helsepersonell og medpasienter stod i en særstilling. Det var også av avgjørende betydning hva relasjonene inneholdt, da de måtte tilføre noe som var styrkende for verdigheten. Relasjonene måtte inneholde å få sin iboende verdighet respektert og bekreftet, uansett omstendigheter. Videre måtte respondentene bli sett og anerkjent som hele, unike og verdifulle mennesker, og få sine behov hørt, tatt på alvor og ivaretatt.

Hvordan relasjonen ivaretok disse elementene vil være med å belyse hvordan den eldre pasient med lårhalsbrudd erfarte å få sin verdighet ivaretatt under sykehusoppholdet. Brukes overnevnte beskrivelser av ivaretagelse av verdighet som mal, tydeliggjør studien flere truende elementer mot pasienters verdighet. Foruten at respondentenes verdighet allerede var truet på bakgrunn av tapsopplevelser, respondentenes sårbare situasjon, skaden og sykehusinnleggelsen, ble den ytterligere truet når relasjonene, som skulle ivareta den, ikke var tilstede, eller ikke inneholdt elementer som styrket den. Spesielt var elementene som var

styrkende for respondentenes verdighet i relasjon til helsepersonellet truet, da faktorer i helsetjenesten som system ikke alltid gav grobunn for disse elementene. Dette hadde respondentene erfart i form av at det ”ukvalifiserte menneskeverdet” ikke alltid ble respektert og bekreftet i praksis, respondentene ble til tider møtt med et reduksjonistisk syn, deres verdier ble ikke anerkjent og bekreftet i den grad de burde, pleien erfart rutinepreget, upersonlig og lite individuell, og var preget av ressurs og tidsmangel. Videre beskrev respondentene ulike behov som ikke hadde blitt hørt, tatt på alvor eller ivaretatt. Likevel er det viktig å påpeke at respondentene hadde en gjennomgående positiv holdning til sykehusoppholdet og ivaretagelsen av verdighet. Studiens funn må imidlertid bli sett i sammenheng med at flere respondenter hadde vanskelig for å uttrykke behov, klage og stille krav til helsepersonellet.

Implikasjoner for praksis

Det er viktig at helsepersonell, i møte med denne pasientgruppen vet hvilke pasienter de har med å gjøre. Helsepersonell må se pasientenes situasjon og være oppmerksomme på elementer som kan være truende for deres verdighet. Bare på denne måten kan god sykepleie gis, og truende elementer motarbeides. Da denne pasientgruppen ikke lenger har så mye å begrunne sin verdighet ut fra, blir det av avgjørende betydning at sykepleien bygges rundt pasienters iboende verdighet. Dette må synliggjøres både i holdninger og handlinger. Videre må pasienters gjenværende verdier anerkjennes og bekreftes slik at de kan uttrykkes og opprettholdes, og dermed fremmer verdighetsopplevelsen. For å gjennomføre disse tiltak må relasjonell kompetanse fremmes, og elementer som er styrkende for ivaretagelsen av verdighet prioriteres. Sykepleien må måles etter utførelsen og helsepersonellet må være opptatt av å ivareta pasienters helhetlige behov, og verdsette pleie og omsorg.

Studien synliggjør nødvendigheten med økt utdanning og kompetanseheving på området, og at ivaretagelse av verdighet fremmes dersom helsepersonell blir mer bevisst sine holdninger og handlinger. Det viktigste redskapet for å ivareta pasienters verdighet er å reflektere over praksis og reise kritiske spørsmål til regler og holdninger som er med å underkjenne den. Dette er forsøkt gjort i denne studien.

Anbefalinger til videre forskning

Forskning som gir mer forståelse av begrepet verdighet og hvordan det forvaltes i praksis er nødvendig, spesielt i forhold til eldre pasienter. Pasienters erfaringer må omgjøres til konkrete tiltak i praksis. Denne studien omfattet eldre pasienter med lårhalsbrudd, men det er tenkelig at studier som dette hadde vært nødvendig også i forhold til andre pasientgrupper. Forskning som tydeliggjør truende elementer for eldre pasienters verdighet hadde vært interessant, for å kunne iverksette tiltak for å møte disse. Videre synes det nødvendig med forskning på relasjonen mellom pasient og helsepersonell, og på elementer som styrker denne relasjonen. Forskning som styrker ivaretagelse av pasienters behov vil også være betydningsfullt, sammen med mer forskning på pasienters holdninger og forventninger til seg selv og sine omgivelser.

REFERANSELISTE

- Album, D. (1996) *Nære fremmede*. Oslo: Tano.
- Alvsvåg, H. (1993) Det gode blikket og de gode hendene. I: K. Martinsen (Red.). *Den omtenksomme sykepleier* (s. 111-129) Bergen: Tano.
- Alvsvåg, H. (2000) Grunnleggende fenomener. I: H. Alvsvåg, E. Gjengedal (Red.). *Omsorgstenkning. En innføring i Kari Martinsens forfatterskap* (s. 19-36) Bergen: Fagbokforlaget.
- Arino-Blasco, S., Tadd, W., Boix-Ferrer, J.A. (2005) Dignity and older people: The voice of professionals. *Quality In Aging- Policy, Practice And Research*, 6 (1), 30-36
- Bakke, R., Brinchmann, A., Haukelien, H., Kroken, R., Vike, H. (2002) *Maktens samvittighet. Om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bayer, T., Tadd, W., Krajcik, S. (2005) Dignity: The voice of older people. *Quality In Aging- Policy, Practice And Research*, 6 (1), 22-29
- Birkler, J. (2003) *Filosofi & sykepleje- etikk og menneskesyn i faglig praksis*. København: Munksgaard.
- Blåsternes, E. M. (2003) Ethiske spørsmål og problemstillinger i eldreomsorgen. I: M. Bondevik, H. A. Nygaard (Red.). *Tverrfaglig geriatri. En innføring* (s. 48-62). Bergen: Fagbokforlaget.
- Bondevik, M. (2000) *De eldste eldre. Erfaringer og refleksjoner*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bondevik, M. (2003) Sykepleie til eldre, grunnleggende prinsipper. I: M. Bondevik, H. A. Nygaard (Red.). *Tverrfaglig geriatri. En innføring* (s. 105-111). Bergen: Fagbokforlaget.
- Burgaard, J., Hugod, H. N., Lind, L. (1995) *Livsverdensrum i systemverden – en forudsætning for oplevet kvalitet i sygepleje*. Næstved: Gruppen kontekst.

- Bøe, K. G. (2008) *Verdige møter mellom helse personale og pasienter i livets slutfase*. Oslo: Det teologiske fakultetet. Universitetet i Oslo.
- Calnan, M., Badcott, D., Woolhead, G. (2006) Dignity under threat? A study of the experiences of older people in United Kingdom. *International Journal Of Health Services*, 36 (2), 355-375
- Carper, B. A. (1975) *Fundamental patterns of knowing in nursing*. Columbia: Columbia University.
- Castledine, G. (1996) Nursing elderly people with dignity and respect. *British Journal Of Nursing*, 5 (3), 191-191
- Castledine, G. (2006) Dignity is inseparable from nursing. *British Journal Of Nursing*, 15 (9), 11-24
- Christoffersen, S. A. (1999) *Etikk, eksistens og modernitet. Innføring i Løgstrups tenkning*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Chochinov, H. M. (2007) Dignity and essence of medicine: the A, B, C, and D of dignity conserving care. *BMJ*, 335, 184-187
- Cleary, P. D. (2003) A hospitalization from hell: a patient's perspective on quality. *Annals Of Internal Medicine*, 138, 33-39
- Coventry, M.L. (2006) Care with dignity A concept analysis. *Journal Of Gerontological Nursing*, 32 (5), 42-48
- Dahle, R. (2005) Kropp og aldring i moderne samfunn. I: Nord, G. Eilertsen, T. Bjerkreim (Red.). *Eldre i en brytningstid* (s. 95-104). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Damron-Rodriguez, J. A. (1998) Respecting Ethnic Elders: A Perspective for Care Providers. I: R. Disch, R. Dobrof, H. R. Moody (Red.). *Dignity and Old Age* (s. 53-72). New York: Haworth Press.
- Davis, S. (2000) Dignity on the ward: promoting excellence in care. *Nursing Times*, 96 (33), 37-39

Den norske legeforening (2001): www.legeforeningen.no

Legeforeningen/Publikasjoner/Helsepolitiske rapporter/Statusrapport om situasjonen i helsetjenesten: Når du blir gammel og ingen vil ha deg. 27.09.2007

Devik, S. (2005) Om å bevare selvaktelsen som sykehjemspasient. I: R. Nord, G. Eilertsen, T. Bjerkreim (Red.). *Eldre i en brytningstid* (s. 253-262). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Edlund, M. (2002) *Människans värdighet et grundbegrepp inom vårdvetenskapen*. Åbo: Åbo Akademis förlag.

Eika, K. H. (2006) *The difficult quality. Essays on human services with limited consumer sovereignty*. Oslo: Department of Economics faculty of social sciences Universitetet i Oslo.

Eilertsen, G. (2000) Forståelse i et hermeneutisk perspektiv. *Norsk Tidsskrift For Sykepleieforskning*, 3, 136-159

Eriksen, E. O., Weigård, J. (1999) *Kommunikativ handling og deliberativt demokrati*. Bergen: Fagbokforlaget.

Eriksson, K. (1995) *Det lidende menneske*. Otta: Tano AS.

Eriksson, K. (1996) Om människans värdighet. I: T. Bjerkreim, J. Mathisen, R. Nord (Red.). *Visjon, viten og virke. Festskrift til sykepleieren Kjellaug Lerheim, 70 år* (s. 79-86). Oslo: Universitetsforlaget.

Erlen, J. A. (2007) The frail elderly. A matter of caring. *Orthopaedic Nursing*, 26 (6), 379-382

Evans, T. D. (2001) Psykologisk utvikling i eldre år. I: G. Fossan, K. Raaheim (Red.). *Eldreårenes psykologi* (s. 15-34) Bergen: Fagbokforlaget.

Fagermoen, M. S. (1992) Pasienten – et medmenneske. I: H. Almås (Red.). *Klinisk sykepleie* (s. 25-34). Oslo: Universitetsforlaget.

Fagermoen, M.S., (1997) Professional identity: values embedded in meaningful nursing practice. *Journal Of Advanced Nursing*, 25, 434-441

- Fagermoen, M. S. (1998a) Studier med utforskende design. I: M. S. Fagermoen, R. Nord, B. R. Hanestad, E. Bjørnsborg (Red.). *Fra kunst til kolikk* (s. 55-57). Oslo: Universitetsforlaget.
- Fagermoen, M. S. (1998b) Sykepleierens grunnkompetanse: Å være, å tenke og handle. I: B. Christiansen, A. Solheim, G. Melsæter, Aa Stabell (Red.). *På sykepleierfagets vegne* (s. 7-18). Oslo: Høgskolen.
- Fagermoen, M. S. (1999) Humanism in Nursing Theory: A Focus on caring. I: H. S. Kim, I. Kollak (Red.). *Nursing Theories. Conceptual and Philosophical Foundations* (s. 135-157). New York: Springer Publishing Company.
- Fagermoen, M. S. (2005) Kvalitative studier og kvalitetskriterier. *Norsk Tidsskrift For Sykepleieforskning*, 7 (2), 40-54
- Fog, J. (2004) *Med samtalen som utgangspunkt- det kvalitative forskningsinterview*. København: Akademisk Forlag.
- Folkehelseinstituttet (2007): <http://www.fhi.no/artikler/?id=45548> 26.11.07
- Foss, C. (2002) *Kjønnnet kvalitet? En studie av kvinnelige og mannlige pasienters sykehusopphold*. Oslo: Universitetet i Oslo.
- Franklin, L-L., Ternestedt, B-M, Nordenfelt, L. (2006) Views On Dignity Of Elderly Nursing Home Residents. *Nursing Ethics*, 13 (2) 130-146
- Frankl, V. E. (1969) *Vilje til mening*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Frost, T. (2001) Hva mener vi med kravet om respekt for de eldres verdighet? *Omsorg*, 1, 50-53
- Føllesdal, D., Walløe, L., Elster, J. (1990) *Argumentasjonsteori, språk og vitenskapsfilosofi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Gadamar, H-G. (1977) *Philosophical hermeneutics*. London: University of California press.
- Gadamar, H-G (1989) *Truth and method*. New York: Continuum.
- Gallagher, A. (2004) Dignity and respect for dignity - two key health professional values: implications for nursing practice. *Nursing Ethics*, 11 (6), 587-599

- George, L. K. (1998) Dignity and Quality of Life in Old Age. I: R. Disch, R. Dobrof, H. R. Moody (Red.). *Dignity and Old Age* (s. 39-52). New York: Haworth Press.
- Gjengedal, E. (2001) Kriser i helsevesenet: Utfordringer for omsorgsarbeideren. I: H. Alvsvåg, N. Anderssen, E. Gjengedal, Råheim (Red.). *Kunnskap, kropp og kultur. Helsefaglig grunnlagsproblemer* (s. 147-166). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Greve, H. S. (2004) Se det menneske. *Tidsskrift Norsk Legeforening*, 12, 124-124
- Griffin-Heslin, V. L. (2005) An analysis of the concept dignity. *Accident And Emergency Nursing*, 13, 251-257
- Grønnestad, B. K., Blystad, A. (2004) Pasienters opplevelse av informasjon i forbindelse med en operasjon. *Vård I Norden*, 74 (24), 4-8
- Gullestad, M. (1989) *Kultur og hverdagsliv – På sporet av det moderne Norge*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Guttu, T. (2005) *Norsk Ordbok*. Oslo: Kunnskapsforlaget.
- Haddock, J. (1996) Towards further clarification of the concept dignity. *Journal Of Advanced Nursing*, 24, 924-931
- Hammer, S. V. (1998) Trykksår som indikator på pleiekvalitet. *Sykepleien*, 17, 1-6
- Hart, B.D., Birkas, J., Lachmann, M., Saunders, L. (2002) Promoting positive outcomes for elderly persons in the hospital: Prevention and risk factor modification. *AACN Clinical Issues*, 13 (1), 22-33
- Hjort, P. F. (2001) Kulturen i helsetjenesten – er vi på rett vei? *Omsorg*, 1, 7-10
- Jacelon, C. S. (2001) *Managing personal integrity: A grounded theory of elderly people surviving hospitalization*. New York: New York University.
- Jacelon, C. S. (2002) Attitudes and behaviors of hospital staff toward elders in an acute care setting. *Applied Nursing Research*, 15 (4), 227-234
- Jacelon, C. S. (2003) The Dignity of Elders in an Acute Care Hospital. *Qualitative Health Research*, 13 (4), 543-556

- Jacelon, C. S. (2004) Managing personal integrity: the process of hospitalization for elders. *Journal of Advanced Nursing*, 46 (5), 549-557
- Jacelon, C. S., Connelly, T. W., Brown, R., Prolux, K., Vo, T. (2004) A concept analysis of dignity for older adults. *Journal Of Advanced Nursing*, 48 (1), 76-83
- Kirkevold, M. (2001a) Etablering av undervisningssykehjem - klinisk sykepleieforskning og fagutvikling hånd i hånd. *Sykepleie – praksis og utvikling*, 3, 994-1007
- Kirkevold, M. (2001b) Relasjon mellom pasient og personal – en forutsetning for verdig omsorg i sykehjem. *Omsorg Nordisk Tidsskrift For Palliativ Medisin*, 18 (4), 36-40.
- Kirkevold, M. (2008) Individuell sykepleie. Sentrale aspekter. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb, A. H. Ranhoff (Red.). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. (s. 100-112). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Koch, T., Webb, C., Williams, A.M. (1995) Listening to the voices of older patients: an existential-phenomenological approach to quality assurance. *Journal Of Clinical Nursing*, 4 (3), 185-193
- Kvale, S. (2001) *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lian, O. S. (2003) *Når helse blir en vare*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.
- Lindèn, B., Hagstedt, B. (2002) *Ortopedi i primärvård*. Lund: Lund Studentlitteratur.
- Lindgren, U., Svensson, O. (1996) *Orto. Ortopedi*. Stockholm: Liber.
- Lindseth, A. (1994) Hvilken relevans og betydning har Løgstrups filosofi for sykepleie og omsorgsykker. I: D. T. Andersson et al (Red.). *Skabelsen og Etik. Motiver i K. E Løgstrups filosofi* (s. 100-105). København: Forlaget Mimer.
- Lindseth, A. (1995) *Å sanse pasientens fortelling: Å se, høre og respektere pasienten*. Oslo: Artikkelsamling SYKVIT 4301. Sykepleievitenskap. Avdeling for sykepleie og helsefag. Universitetet i Oslo.
- Lov om pasientrettigheter (1999) Oslo: Medlex Norsk helseinformasjon.
- Løgstrup, K.E. (1993) *Solidaritet og kærlighed, essays*. København: Gyldendal.

- Løgstrup, K. E. (1999) *Den etiske fordring*. København: W. Cappelens Forlag a-s.
- Laake, K. (2003a) Generelt om behandling av gamle. I: M. Bondevik, H. A. Nygaard (Red.). *Tverrfaglig geriatri. En innføring*. (s. 81-104). Bergen: Fagbokforlaget.
- Laake, K. (2003b) *Geriatri i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Maititi, M. R., Trorey, G. (2004) Perceptual adjustment levels: patients' perception of their dignity in the hospital setting. *International Journal Of Nursing Studies*, 41, 735-744
- Malterud, K. (2003) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2000) *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Martinsen, K. (2001) Huset og sangen, gråten og skammen. I: T. Wyller (Red.). *Skam* (s. 167-190). Bergen: Fagbokforlaget.
- Martinsen, K. (2003) *Fenomenologi og omsorg*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2006) *Care and vulnerability*. Oslo: Akribe.
- Meiner, S. E., Lueckenotte, A. G. (2006) Overview of gerontologic Nursing. I: S. E. Meiner, A. G. Lueckenotte (Red.). *Gerontologic Nursing*. (s. 1-18). St. Louis. Missouri: Mosby.
- Meiner, S. E. (2006a) Musculoskeletal Function. I: S. E. Meiner, A. G. Lueckenotte (Red.). *Gerontologic Nursing*. (s. 596-629). St. Louis. Missouri: Mosby.
- Meiner, S. E. (2006b) Health Care Delivery Settings. I: S. E. Meiner, A. G. Lueckenotte (Red.). *Gerontologic Nursing*. (s. 176-209). St. Louis. Missouri: Mosby.
- Monsen, N. K. (2000) *Velferd uten ansikt. En filosofisk analyse av velferdsstaten*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Moody, H. R. (1998) Why Dignity in Old Age Matters. I: R. Disch, R. Dobrof, H. R. Moody (Red.). *Dignity and Old Age*. (s. 13-38). New York: Haworth Press.
- Moran, C. G., Wenn, R. T., Sikand, M., Taylor, A. M. (2005) Early Mortality After Hip Fracture: Is Delay Before Surgery Important?. *The Journal of Bone & Joint Surgery*, 87-A (3), 483-489

- Morse, J. M., Richards, L. (2002) *Readme first for a user's guide to qualitative methods*. California: Sage Publications.
- Mosbye, B. F. (1994) *Begrepet respekt i sykepleie*. Oslo: Institutt for sykepleievitenskap. Universitetet i Oslo.
- Nordenfelt, L. (2003) Dignity and the care of the elderly. *Medicine, Health Care And Philosophy*, 6, 103-110.
- Nordenfelt, L., Edgar, A. (2005) The four notions of dignity. *Quality In Aging- Policy Practice And Research*, 6 (1), 17-21
- Nord, R. (1998) Ulike typer design. I: M. S. Fagermoen, R. Nord, B. R. Hanestad, E. Bjørnsborg (Red.). *Fra kunst til kolikk* (s. 24-38). Oslo: Universitetsforlaget.
- Nortvedt, P. (2001) Omsorgsverdier i helsetjenesten. *Sykepleien*, 8, 1-5
- Nortvedt, P., Grimen, H. (2004) *Sensibilitet og refleksjon*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nortvedt, P., Pedersen, R., Slettebø, Å., Grøthe, K., Norhaug, M., Kirkevold, M., Brinchmann, B. S., Førde, R., Andersen, B. (2007) *Liv til årene eller år til livene. Kliniske prioriteringer i helsetjenesten til syke gamle*. Oslo: Seksjon for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo.
- Norvoll, R. (2002) Sykepleiens rammer. I: I. T. Bjørk, S. Helseth, F. Nortvedt (Red.). *Møte mellom pasient og sykepleier* (s. 173-192). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Pasientstatistikk (1998-2000) *Norges offisielle statistikk*. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Polit, D. F., Beck, C.T. (2004) *Nursing research. Principles and methods*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Pownall, E. (2004) Using a patient narrative to influence orthopaedic nursing care in fractured hips. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 8, 151-159
- Randell, A. G., Nguyen, T. V., Bhalerao, N., Silverman, S. L., Sambrook, P. N., Eisman, J. A. (2000) Deterioration in quality of life following hip fracture: A prospective study. *International Osteoporosis Foundation And National Osteoporosis Foundation*, 11, 460-466

- Randers, I., Olson, T. H., Mattiasson, A-C (2002) Confirming older adult patients' views of who they are and would like to be. *Nursing Ethics*, 9 (4), 416-431
- Romøren, T. I. (2005) Gamle mennesker i Norge. I: Nord, G. Eilertsen, T. Bjerkreim (Red.). *Eldre i en brytningstid*. (s. 62-70). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Schroll, M., Maagøe, H. (1992) *Geriatrici*. København: Munksgaard.
- Seedhouse, D., Gallagher, A. (2002) Undignifying institutions. *Journal Medical Ethics*, 28, 368-372
- Shotton, L., Seedhouse, D. (1998) Practical dignity in caring. *Nursing Ethics*, 5 (3), 246-255
- Sintef. (2004) *Samdata Somatikk*. Oslo: SINTEF Helse.
- Stang, I. (1998) *Makt og bemyndigelse- om å ta pasient og brukermedvirkning på alvor*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Statistisk Sentralbyrå (2007): <http://www.ssb.no/speshelse/main.html> 25.11.07
- St.meld. nr 26. (1999-2000) *Om verdier for den norske helsetenesta*. Oslo: Det kongelige sosial- og helsedepartement, Akademika AS.
- St.meld nr. 50. (1996-1997) *Handlingsplan for eldreomsorgen. Trygghet – respekt – kvalitet*. Oslo: Sosial og helsedepartementet.
- Stratton, D., Tadd, W. (2005) Dignity and older people: The voice of society. *Quality In Ageing – Policy, practice and research*, 6 (1), 37-45
- Sørli, V., Torjuul, K., Ross, A., Kihlgren, M. (2006) Satisfied patients are also vulnerable. Patients-narratives from an acute care ward. *Journal Of Clinical Nursing*, 15, 1240-1246
- Tadd, W., Bayer, T., Dieppe, P. (2002) Dignity in health care: reality or rhetoric. *Clinical Gerontology*, 12, 1-4
- Tadd, W., Bayer, A. (2006) Dignity in health and social care for older Europeans: implications of a European project. *Aging Health*, 2 (5), 771-779

- Thagaard, T. (2003) *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Thompson, N. (1995) *Age and dignity. Working with older people*. Hants: Arena.
- Tierney, A. J., Lewis, S. J., Vallis, J. (1998). Nurses`knowledge and attitudes towards older patients admitted to acute orthopaedic wards. *Journal Of Orthopaedic Nursing*, 2, 67-75
- Torkildsen, K. (2003) Generell sjukepleie: Eldre pasientar med lårhalsbrot. *Sykepleien*, 14, 1-5
- Tornstam, L. (1999) Desarmering av den demografiske eldrebomben. I: K. Christensen, L. J. Syltevik (Red.). *Omsorgens forvitring? Antologi om utfordringer i velferdsstaten* (s. 117-125) Bergen: Fagbokforlaget.
- Tvedt, O. (2005) Eldres livshistorier. I: Nord, G. Eilertsen, T. Bjerkreim (Red.). *Eldre i en brytningstid*. (s. 231-243). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Universal Declaration of Human Rights (1948): <http://www.un.org/Overview/rights.html>
14.06.06
- Valset, S. (2005) Eldres livskvalitet og samfunnets rammefaktorer. I: R. Nord, G. Eilertsen, T. Bjerkreim (Red.). *Eldre i en brytningstid* (s. 23-47). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- van Balen, R., Steyerberg, E.W., Polder, J. J., Ribbers, T. L., Habbema, J. D. F., Cools, H. J. M. (2001) Hip fracture in elderly patients: Outcomes for function, quality of life, and type of residence. *Clinical Orthopaedic*, 390, 232-243
- Vetlesen, A. J., Nortvedt, P. (1996) *Følelser og moral*. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS.
- Vetlesen, A. J. (1996) Ansiktets betydning. I: A. J. Vetlesen (Red.). *Nærhetsetikk* (s. 158-173). Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Vetlesen, A.J. (2003) *Menneskeverd og ondskap. Essays og artikler 1991-2002*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Walsh, K., Kowanko, I. (2002). Nurses and patients perceptions og dignity. *International Journal Of Nursing Practice*, 8, 143-151

Wangensteen, B (2005) *Bokmålsordboka*. Oslo: Kunnskapsforlaget.

Wikipedia: <http://da.wikipedia.org/wiki/Erfaring> 20.11.07

Woolhead, G., Calnan, M., Dieppe, P., Tadd, W. (2004) Dignity in older age: What do older people in the United Kingdom think? *Age And Aging*, 33 (2), 165-170

Woolhead, G., Tadd, W., Boix-Ferrer, J. A., Krajcik, S., Schmid-Pfahler, B., Spjuth, B., Stratton, D., Dieppe, P. (2006) “Tu” or “Vous?” A European qualitative study of dignity and communication with older people in health and social care settings. *Patient Education And Counseling*, 61, 363-371

Norsk sykepleierforbund (2007):

www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/content/143292/Yrkesetiske_retningslinjer.PDF 09.04.08

Zuckerman, J. D (1996) Hip fracture, *The New England Journal Of Medicine*, 334 (23), 1519-1525

Kirurgisk – ortopedisk klinikk
ved oversykepleier

Vedlegg 1

Tone Stikholmen
Sinsenveien 15
0572 Oslo

Stavanger 01.09.06.

SØKNAD OM TILGANG TIL FORSKNINGSFELTET.

Jeg er student ved Instituttet for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo, der jeg for tiden arbeider med min masteroppgave. Som en del av min masteroppgave skal jeg gjennomføre en empirisk studie, hvor jeg ønsker å intervju 6-8 pasienter ved ortopedisk avdeling. Studiens problemstilling er følgende: Hvilke erfaringer har eldre pasienter med ivaretagelse av verdighet, ved akuttinnleggelse med lårhalsbrudd? Denne henvendelsen gjelder søknad om tillatelse til å gjennomføre studien ved Deres avdeling. For avdelingen vil dette innebære at avdelingsleder og/eller gruppeledere som er ansvarlig på vakt, informerer om studien og spør pasienter om de ønsker å la seg intervju. Det vil ikke gi avdelingen noen kostnader. Studien er tilrådd av personvernombudet for forskning ved Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste as. (Se vedlegg).

Dersom tillatelse fra Dere blir gitt vil jeg sende en henvendelse til avdelingsleder ved avdelingen. Her vil det bli spurt om tillatelse til å gjennomføre studien, og om hjelp til å rekruttere pasienter. (Se kopi av dette brevet for ytterligere informasjon).

Min veileder er førsteamanuensis dr. polit Åshild Slettebø ved Institutt for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo. Tlf: 22453747. For øvrig viser jeg til vedlagt prosjektbeskrivelse, og til samtale med oversykepleier. Jeg håper denne henvendelsen gir tilstrekkelig informasjon for at dere skal kunne vurdere min søknad. Dersom dere har spørsmål vedrørende gjennomføringen, kan jeg kontaktes pr. tlf: 92610699, eller per mail: tone.stikholmen@studmed.uio.no

På forhånd takk for svar.

Med vennlig hilsen

Tone Stikholmen

Vedlegg: Prosjektbeskrivelse, Bekreftelse av veiledningsforholdet, Tilråding av behandling av personopplysninger, Søknad til avdeling.

Tone Stikholmen
Sinsenveien 15
0572 Oslo

Stavanger 11.09.06

SØKNAD OM TILLATELSE TIL Å GJENNOMFØRE EN EMPIRISK STUDIE.

Jeg er student ved Instituttet for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo, der jeg for tiden arbeider med min masteroppgave. Som en del av min masteroppgave skal jeg gjennomføre en empirisk studie, hvor jeg ønsker å intervju 6-8 pasienter ved ortopedisk avdeling. Studiens problemstilling er følgende: Hvilke erfaringer har eldre pasienter med ivaretagelse av verdighet, ved akuttinnleggelse med lårhalsbrudd? Denne henvendelsen gjelder søknad om tillatelse til å gjennomføre studien ved Deres avdeling.

Forskning viser at lårhalsbrudd er et stort samfunnsproblem, og en stor utfordring for de personer som måtte gjennomgå dette. Eldre med lårhalsbrudd utgjør en stor gruppe pasienter på norske sykehus. Siden det ikke er forsket så mye på pasienterfaringer gjort av akkurat denne pasientgruppen, ønsker jeg å fokusere på dette. Kvalitet i sykepleien, også til denne pasientgruppen er viktig. Det grunnleggende i sykepleien ifølge Sykepleiernes Yrkesetiske retningslinjer fra 2007, er menneskers rett til verdighet og at menneskers verdighet vernes om. Denne studiens hensikt er å få frem hva pasienter legger i begrepet verdighet, og gi økt forståelse for pasienters erfaringer med ivaretagelse av verdighet. Disse erfaringer kan bidra til kunnskap til pleien av denne pasientgruppen, som i sin målestokk kan bedre praksis.

Som en del av min masteroppgave ønsker jeg å intervju 6-8 pasienter som har gjennomgått et lårhalsbrudd, er 67 år eller eldre, har norsk bakgrunn, er norsktalende og er klare og orienterte (samtykke kompetente). Dersom tillatelse blir gitt håper jeg at Dere vil være behjelpelige med å rekruttere pasienter til intervjuene. Dette ønsker jeg kan skje ca 2. døgn etter pasientens operasjon. Dersom Dere ønsker og har anledning til det, kan jeg komme til Dere å informere om studien og gjennomføringen av den. Det foreligger også skriftlig informasjon om hvordan dette vil foregå. (Se vedlegg, informasjon til sykepleiere i avdelingen som skal bistå prosjektet). Jeg vil sørge for at forespørselsbrev med informasjon og skriftlig samtykkeerklæring ligger klar til eventuelle pasienter på avdelingen. Jeg kan ringe Dere jevnlig for å høre om noen pasienter er interessert i å delta i studien, om dette er ønskelig. Det kan avtales nærmere hvis Dere synes dette blir for belastende, og har andre

forslag. Når samtykkeerklæringen er skrevet under av pasient vil jeg komme til avdelingen for å informere pasienten ytterligere og avtale tidspunkt for intervjuet. Ønsket er at intervjuene kan skje i månedene oktober til desember 2006. Tanken er at intervjuene kan finne sted på avdelingen dagen før pasienten utskrives. Jeg vil trenge hjelp av Dere til å sette av et rom hvor vi er avskjermet fra andre. Intervjuene vil vare i ca en time. Anonymitet og konfidensialitet vil bli ivaretatt etter gjeldene retningslinjer. (Se vedlegg, forespørselsbrev med informert samtykke).

Studien er tilrådd av personvernombudet for forskning ved Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste as. (Se vedlegg). Min veileder er førsteamanuensis dr. polit Åshild Slettebø ved Institutt for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo. Tlf: 22453747. (Se vedlegg).

Utover den tid sykepleierne må avse for å spørre pasienter om deltakelse i studien, er det ingen kostnader for avdelingen knyttet til deltakelse. Avdelingen vil få et eksemplar av den ferdige masteroppgaven etter sensurering. Jeg bidrar gjerne med muntlig fremleggelse av funnene dersom dette skulle være av interesse. Masteroppgaven er planlagt innlevert juni 2007. For øvrig viser jeg til vedlagt prosjektbeskrivelse. Jeg håper denne henvendelsen gir en tilstrekkelig informasjon for at Dere skal kunne vurdere min søknad. Dersom Dere har spørsmål vedrørende gjennomføringen, kan jeg kontaktes pr. tlf: 92610699, eller per mail: tone.stikholmen@studmed.uio.no

På forhånd takk for svar.

Med vennlig hilsen

Tone Stikholmen

Vedlegg: Informasjon til sykepleiere i avdelingen som skal bistå prosjektet, Forespørselsbrev med informert samtykke, Tilråding av behandling av personopplysninger, Bekreftelse av veiledningsforholdet, Prosjektskisse.

Til
Tone Stikholmen
Sinsenveien 15
0572 Oslo

251006

SVAR PÅ SØKNAD OM TILGANG TIL FORSKNINGSFELT.

—

Vi ved kirurgisk/ortopedisk klinikk ønsker deg hjertelig velkommen til å foreta og gjennomføre en empirisk studie ved sengeposten [redacted].
Håper at du kan finne litt stoff som du kan legge ut på posten vedrørende dette emnet du skriver om, slik at dette og kan gi oss påfyll i en travel hverdag.

Vi ser fram til resultatet av ditt studie og til å få være med å delta.

Med vennlig hilsen

[redacted]
[redacted] klinikkoversykepleier ved kirurgisk / ortopedisk klinikk.

[Redacted]
Kirurgisk-ortopedisk klinikk - Ortopedisk avdeling

Tone Stikholmen
Sinsenveien 15
0572 Oslo

Vår referanse
2000/0/3/0/2006/

Saksbehandler
[Redacted]

Dato
05.10.2006

Deres referanse

**Svarbrev på søknad om tillatelse til å gjennomføre en empirisk studie ved
ort.avd. [Redacted]**

Du er velkommen til å gjennomføre din studie her på ort.avd. [Redacted], Kirurgisk Ortopedisk Klinikk,
[Redacted]

Vi ser fram til at du kommer og informerer om denne her på posten før du starter opp, og at vi
etterhvert vil få en kopi av masteroppgaven etter sensurering.

Med vennlig hilsen

[Redacted]

[Redacted]

090207

Jeg godkjenner at Tone Stikholmen driver sitt feltarbeid på sengeposten ved kirurgisk/ortopedisk klinikk.

Hun har innhentet sin tillatelse via brev og mail.

— Vi håper at vi kan få høre om hvordan det går og en oppsummering fra hennes masteroppgave.

Med vennlig hilsen

Klinikkoversykepleier kirurgis/ortopedisk klinikk

[Redacted]
Kirurgisk-ortopedisk klinikk - Ortopedisk avdeling

Tone Stikholmen
Sinsenveien 15

0572 OSLO

Vår referanse
1999/0/2/0/2007/

Saksbehandler
[Redacted]

Dato
23.01.2007

Deres referanse

Søknad om tillatelse til å gjennomføre en empirisk studie ved kir.ort.klinikk, post [Redacted]

Du er velkommen til å gjennomføre din studie her ved post [Redacted], Kirurgisk Ortopedisk Klinikk,
[Redacted]

Vi ser frem til at du kommer og informerer om denne, her på sengeposten før du starter opp, og at vi etter hvert vil få en kopi av master oppgaven etter sensurering.

Vi ønsker deg lykke til med oppgaven!

Med vennlig hilsen

[Redacted]

Avd.spl.
Kir.ort.klinikk
Post [Redacted]

INFORMASJON TIL SYKEPLEIERE I AVDELINGEN SOM SKAL BISTÅ PROSJEKTET

Informasjon til sykepleierne.

Jeg heter Tone Stikholmen og er student ved Instituttet for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo, der jeg for tiden arbeider med min masteroppgave. I forbindelse med masteroppgaven ønsker jeg og intervju 6-8 eldre pasienter som har pådratt seg et lårhalsbrudd.

Problemstillingen på masteroppgaven er: Hvilke erfaringer har eldre pasienter med ivaretagelse av verdighet, ved akuttinnleggelse med lårhalsbrudd?

For at jeg skal kunne få intervju pasientene trenger jeg hjelp av Dere. Ønsket er at avdelingssykepleier og/eller gruppeleder for hver gruppe skal se etter pasienter som passer inn i kriteriene for å bli intervjuet. Disse kriteriene er: Kvinnelige eller mannlige pasienter som har pådratt seg et lårhalsbrudd, er 67 år eller eldre, har norsk bakgrunn, er norsktalende og er klare og orienterte (samtykke kompetente). Passer noen pasienter til disse kriteriene ber jeg om Deres hjelp til å informere pasientene om min studie, og spør om de kan tenke seg og delta. Dette bør skje ca to døgn etter operasjonen. Dere må informere om studien muntlig og ved hjelp av et skriftlig skriv med informasjon og samtykkeerklæring som deles ut til pasientene. Hvis noen pasienter ønsker å delta må de skrive under det informerte samtykkeskjema. Pasienten kan skrive under på to eksemplarer slik at de kan beholde et eksemplar selv, mens et eksemplar legges i en konvolutt på vaktrommet, merket ”informert samtykke” og mitt navn. Jeg kan ringe Dere jevnlig for å høre om noen pasienter er interessert i å delta i studien, om dette er ønskelig. Det kan avtales nærmere hvis Dere synes dette blir for belastende, og har andre forslag. Hvis noen vil la seg intervju, vil jeg selv komme til avdelingen og informere ytterligere og avtale sted og tidspunkt for intervjuet. Intervjuet vil finne sted på avdelingen, dagen før utskrivelse. Jeg vil trenge hjelp av Dere til å sette av et rom hvor vi er avskjermet fra andre.

Informasjon til pasientene.

- Intervjuet gjøres av en student ved Universitetet i Oslo som en del av en eksamen.
- Hensikten med studien er at sykepleiere skal få mer forståelse for hvilke erfaringer pasienter med lårhalsbrudd har med ivaretagelse av verdighet, under sykehusoppholdet. Resultatene fra studien kan bidra til kunnskap til pleien av eldre pasienter med lårhalsbrudd, som i sin målestokk kan gi bedre sykepleiepraksis.

- Intervjuet vil vare i ca en time, og bli foretatt på avdelingen dagen før utskrivelse. De må skrive under på informert samtykke skjema. Ansvarlig for studien vil kontakte dem og besvare spørsmål, om de ønsker å delta i studien.
- Det er helt frivillig om de vil delta i studien eller ikke. Det vil ikke gå utover pleien om de ikke ønsker å delta. De kan trekke seg fra studien når de måtte ønske. Personen som utfører intervjuet har taushetsplikt, og pasientopplysninger vil bli behandlet med konfidensialitet. Intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd. Lydbånd og notater fra intervjuet vil bli forsvarlig oppbevart og slettet når eksamen er sensurert.

Dersom pasienten lurte på noe som Dere ikke kan svare på, kan Dere bare ta kontakt med meg på tlf: 92610699, eller per mail: tone.stikholmen@studmed.uio.no Informasjons skriv med informert samtykkeerklæring vil også inneholde ytterligere informasjon om nødvendig.

Tusen takk for at Dere er villige til å hjelpe meg med dette!

Med vennlig hilsen

Tone Stikholmen

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I STUDIEN:

Hvilke erfaringer har eldre pasienter med ivaretagelse av verdighet, ved akuttinnleggelse med lårhalsbrudd?

Du blir herved spurt om å delta i en studie som har til hensikt å få mer forståelse for pasienters erfaringer med ivaretagelse av verdighet, ved innleggelse på sykehus med et lårhalsbrudd. Pasienterfaringene som kommer frem i denne studien vil ikke få noen direkte følger for pasientpleien, men en mulig gevinst er at disse pasienterfaringene kan bidra til økt kunnskap til pleien av pasienter med lårhalsbrudd. På sikt kan dette bedre sykepleiepraksis. Studien gjennomføres blant pasienter som er innlagt ved en ortopedisk avdeling ved sykehuset.

Deltakelse i denne studien er frivillig. Velger du å delta i studien vil du bli intervjuet. Før intervjuet vil du få anledning til å stille spørsmål til intervjueren om det er noe du måtte lure på. Det vil også bli avtalt tidspunkt for intervjuet. Ønsket er at dette skal skje på sykehuset, dagen før utskrivelse. Intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd slik at jeg er sikker på å få med meg alt vi snakker om. Under intervjuet vil du bli bedt om å fortelle historien om når du skadet deg, ble innlagt på sykehuset og hvordan oppholdet på sykehuset har vært. Du vil også bli spurt om hva du tenker på når du hører ordet verdighet, og hvordan du vil beskrive det å få verdigheten din ivaretatt. Det vil også bli snakket om hvilke erfaringer du har rundt tema, under dette sykehusoppholdet.

Det er ingen risiko forbundet med denne studien, men du vil kanskje synes det er litt slitsomt å bli intervjuet. Intervjueren har taushetsplikt. Svarene dine fra intervjuet vil bli behandlet konfidensielt, og bli avidentifisert. Lydopptak og notater vil bli oppbevart i et låsbart skap. Ved prosjektslutt, 31.07.2007 vil lydopptak og notater bli slettet/makulert. Datamaterialet vil bli anonymisert slik at ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i studien. Studien er tilrådd av personvernombudet for forskning ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste as.

Det er ingen riktige eller gale svar på spørsmålene. Det vil bli tatt hensyn til at du kan være trøtt etter operasjon, derfor kan du avbryte intervjuet om du ønsker. Har du lyst å fullføre intervjuet når du er mer opplagt, vil du få anledning til det. Du kan velge å ikke svare på spørsmål som du ikke ønsker å svare på. Du kan når som helst trekke deg fra studien. Deltakelse i studien innebærer ingen kostnader og du får ingen betaling for å delta. Dersom du ikke ønsker å delta i studien, vil dette ikke ha konsekvenser for din nåværende eller fremtidige behandling ved sykehuset.

Jeg er student ved Instituttet for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo, og denne studien er en del av min masteroppgave eksamen. Min veileder er førsteamanuensis dr. polit Åshild Slettebø ved Institutt for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo. Tlf: 22453747. Ønsker du mer informasjon om deltakelse eller selve studien kan du ringe tlf: 92610699, eller henvende deg til sykepleieren som informerte deg om studien. Hvis ønskelig kan sykepleieren da be meg komme til avdelingen, for å informere deg ytterligere.

SAMTYKKEERKLÆRING

Jeg har mottatt informasjon om studien og samtykker i å delta.

Sted/dato: _____

Underskrift (signatur): _____

Navn med blokkbokstaver: _____

Beskrivelse av utvalget.

Respondentens alder	Sivilstand og bosituasjon	Tidligere lårhalsbrudd	Helsetilstand og funksjonsstatus	Antall liggedøgn på sykehuset
74 år	Gift, bor med ektefelle.	Nei.	Kreft, selvhjulpen.	9 døgn.
80 år	Enke, bor hjemme.	Ja.	Hjerterproblematikk og diabetes, klarer seg med hjelp av hjemmesykepleie.	14 døgn.
87 år	Gift, bor hjemme med ektefelle.	Ja.	Bra helse, selvhjulpen med hjelp av hjemmesykepleie.	14 døgn.
71 år	Gift, bor med ektefelle.	Nei.	Problemer med rygg, selvhjulpen.	10 døgn.
92 år	Ugift, bor i omsorgsbolig.	Ja.	Beinskjørhet, problemer med rygg, klarer seg med hjelp av hjemmesykepleie.	14 døgn.
99 år	Ugift, bor hjemme.	Nei.	Plaget med svimmelhet, klarer seg med hjelp av hjemmesykepleie.	6 døgn.
84 år	Gift, bor med ektefelle.	Ja.	Leddgikt, balanseproblemer, selvhjulpen med hjemmesykepleie.	7 døgn.
92 år	Ugift, bor hjemme.	Ja.	Flere tilleggslidelser, selvhjulpen med hjemmesykepleie.	7 døgn.
70 år	Gift, bor med ektefelle.	Nei.	Beinskjørhet, selvhjulpen.	10 døgn.

Tabellen viser en beskrivelse av respondentene på intervjutidspunktet. Seks av respondentene reiste hjem til seg selv dagen etter intervjuet. To respondenter hadde opphold på en rehabiliteringsavdeling og en ventet på sykehjemsplass. Respondentene er presentert i vilkårlig rekkefølge.

INTERVJU GUIDE

1) Kan du fortelle meg litt om bakgrunnen din?

- Hvor gammel er du?
- Hvor lenge har du vært innlagt på sykehuset, for ditt lårhalsbrudd?
- Hvordan vil du si helsen din var før lårhalsbruddet?
- Hvordan var funksjonsnivået før lårhalsbruddet?
 - Har du vært selvhjulpen, eller trengte du hjelp av noen til noe?
- Bor du alene eller sammen med noen andre?
- Har du vært innlagt på sykehuset tidligere?

2) Hvilke erfaringer har du med møte med sykehuset?

- Kan du fortelle historien om da du skadet deg?
 - Hva tenkte/følte du da du forsto at du hadde brukket lårhalsen?
 - Har du hørt om andre som har brukket lårhalsen, og vet du eventuelt hvordan det har gått med disse?
- Hvordan var det å bli lagt inn på sykehus?
 - Hva skjedde når du ble innlagt?
 - Hvordan hadde du sett for deg at det skulle bli?
 - Var det slik du hadde tenkt at det kom til å bli?
 - Hva var eventuelt annerledes enn slik du hadde tenkt?
- Hvordan erfarte du at verdigheten din ble ivaretatt under dette sykehusoppholdet? Kan du gi noen eksempler på hvordan verdigheten din ble ivaretatt?
 - Erfarte du å bli sett, hørt og trodd? Kan du komme med eksempler på dette, eventuelt eksempler på at du ikke erfarte dette?
 - Erfarte du at du hadde verdi/betydning noe? Kan du komme med eksempler på dette, eventuelt eksempler på at du ikke erfarte dette?
 - Erfarte du at du hadde medbestemmelse, og fikk dine rettigheter dekket? Kan du komme med eksempler på dette, eventuelt eksempler på at du ikke erfarte dette?
 - Erfarte du å bli behandlet individuelt? Kan du komme med eksempler på dette, eventuelt eksempler på at du ikke erfarte dette?

- Erfarte du at du fikk positiv tilbakemelding i treningen du utførte? Kan du komme med eksempler på dette, eventuelt eksempler på at du ikke erfarte dette?
- Erfarte du at du ble respektert i forhold til privatliv og bluferdighet? Kan du komme med eksempler på dette, eventuelt eksempler på at du ikke erfarte dette?
- Hvilke konsekvenser/innvirkning hadde dette på deg?
 - I forhold til helsen din, troen på deg selv og på fremtiden?
- Har du tenkt noe på hvordan helsepersonellet var mot deg under oppholdet? Eventuelt hva har du tenkt om det?
- Begrepet verdighet er et kjernebegrep i sykepleien. Hvordan merket/eventuelt merket du ikke at verdighet er viktig for helsepersonalet?
- Forandret situasjonen seg underveis i sykehusoppholdet?
 - Ble noe bedre eller verre mens du var innlagt. Eventuelt hvordan?
- Hva tenkte du på underveis i oppholdet?
 - Hva var det beste/verste med å være på sykehuset?
- Hva var viktig for deg i denne situasjonen?
 - Hvordan møtte helsepersonell de tingene som var viktige for deg?
- Hvordan har utskrivelsesprosessen vært?
 - Gleder du deg til å komme hjem?

3) Hva legger du i begrepet verdighet?

- Hva tenker du på når du hører ordet verdighet?
 - Hva vil du si at verdighet er? Eksempler.
- Jeg vil nå lese opp noen sitater sagt om hva verdighet er. Vil du si hva du spontant tenker på når du hører disse?
 - Verdighet er å bety noe, at du har et menneskeverd for den du er.
 - Verdighet er å bli sett, hørt, tatt på alvor og trodd.
 - Verdighet er å bli møtt med aktelse og ærbødighet.
 - Verdighet er å kunne ta ansvar for sin neste, å få bety noe for sine nærmeste.
 - Verdighet er å leve opp til normer, regler og forventninger man har til seg selv og som andre har til deg.
 - Verdighet er å være et ordentlig menneske, som klarer å ta vare på seg selv og ikke belaster andre.

- Verdighet er frihet til å leve som man vil, men også en frihet til å bety noe for andre.
- Verdighet er å ha aktelse for seg selv fordi du er en unik person.
- Hvordan vil du beskrive det å få verdigheten din ivaretatt?
 - Hvordan vil det skje?
 - Hvordan vil helsepersonell være mot deg da?
 - Hva vil de gjøre?
 - Når føler du at verdigheten din ivaretas?
- Syns du eldre skal bli utvist en spesiell form for verdighet?
 - Eventuelt hvorfor og hvordan?
- Hva har verdi for deg?
 - Gikk noen av disse verdier tapt eller vanskelig lot seg opprettholde, etter lårhalsbruddet og under sykehusoppholdet?
 - Hva tenker/føler du om dette?
- Verdighet er noe som påvirkes og læres av omgivelsene. Hva har du lært om verdighet under dette sykehusoppholdet?

4) Oppsummering

- Er det noe du vil si som du ikke har fått anledning til?
- Hvordan syns du det var å bli intervjuet?

Eksempler på analysens første del.

Tema	Spørsmål	Meningsbærende enheter	Koder
Ordentlig	(Forteller i forkant at hun ønsker å få vasket håret, men at de ikke har hatt tid til å hjelpe henne med dette).	(2 s.6-7) R: Det er nå ikke det verste... Det er hårpleie og fotpleie på sykehjemmet også, det er det. Og det er jeg glad for, for disse ”konene” de liker å være litt fine og kle seg når det er helg og alt slik. Ja, å vaske beinene. Du vet det at det... det som vi betaler er peanøtter i forholdt til den følelsen av det vi får etterpå, hvor godt det har gjort.	Verdsetter å være fin, og føle seg vel.
Nettverk	(Forteller i forkant av dette at pleiepersonellet har det travelt). Føler du at du på noen måter har lidd under at det er travelt?	(3 s.8) R: ... Nei... Neida, det har jeg ikke å, det er jo klart det at det kommer vel litt an på sykdomsbildet også, ikke sant... Hvor... at du blir redd, for det er jo litt ukjent felt du faller oppi, og at du kan bli engstelig og du kan trenge noen å snakke med, men nå har jeg vært så heldig med en medpasient ved siden av meg, og vi lå på hver vår side av et slik trekk, og pratet sammen. Så vi har blitt slik veldig gode venninner... hatt det så veldig trivelig sammen, ja.	Ikke lidd under travelheten men dette er avhengig av sykdomsbilde Er redd og trenger noen å snakke med. Heldigvis hjelp av medpasient. God venn med medpasient.

Eksempler på analysens midterste del.

Koder	Kodegrupper	Meningsbærende enheter	Subgrupper	Artefakt
Verdsetter å være fin, og føle seg vell.	Ordentlig	(2 s.6-7) (Forteller i forkant at hun ønsker å få vasket håret, men at de ikke har hatt tid til å hjelpe henne med dette). R: Det er nå ikke det verste... Det er hårpleie og fotpleie på sykehjemmet også, det er det. Og det er jeg glad for, for disse ”konene” de liker å være litt fine og kle seg når det er helg og alt slik. Ja, å vaske beinene. Du vet det at det... det som vi betaler er peanøtter i forholdt til den følelsen av det vi får etterpå, hvor godt det har gjort	Ønske om å fremstå som en ordentlig person.	Jeg har et ønske om å vaske håret mitt. Jeg er glad for at det er fotpleie og hårpleie på sykehjemmet, for du vet disse ”konene” de liker å være litt fine og kle seg til helgen. Ja, og få vaske beinene. Det du betaler for det er ingenting i forhold til hva du sitter igjen med etterpå.
Ikke lidd under travelheten men dette er avhengig av sykdomsbilde Er redd og trenger noen å snakke med. Heldigvis hjelp av medpasient. God venn med medpasient.	Nettverk	(3 s.8) (Forteller i forkant av dette at pleiepersonellet har det travelt). Føler du at du på noen måter har lidd under at det er travelt? R: ... Nei... Neida, det har jeg ikke å, det er jo klart det at det kommer vell litt an på sykdomsbildet også, ikke sant... Hvor... at du blir redd, for det er jo litt ukjent felt du faller oppi, og at du kan bli engstelig og du kan trenge noen å snakke med, men nå har jeg vært så heldig med en medpasient ved siden av meg, og vi lå på hver vår side av et slik trekk, og pratet sammen. Så vi har blitt slik veldig gode venninner... hatt det så veldig trivelig sammen, ja.	Medpasienter påvirker oppholdet positivt.	Jeg har ikke lidd fordi om de har det travelt fordi jeg har vært så heldig med min medpasient. Men du blir redd for du havner i en litt ukjent situasjon og da kan du trenge noen å snakke med. Men, nå har jeg denne medpasienten som jeg prater med. Vi har blitt veldig gode venner. Vi har hatt det så veldig trivelig sammen.

Tabell 4

Eksempler på analysens siste del.

Tema	Meningsbærende enheter	Koder	Kodegrp.	Subgrupper	Artefakt	Underkategori	Kategori
Ordentlig	(2 s.6-7) (Forteller i forkant at hun ønsker å få vasket håret, men at de ikke har hatt tid til å hjelpe henne med dette). R: Det er nå ikke det verste... Det er hårpleie og fotpleie på sykehjemmet også, det er det. Og det er jeg glad for, for disse ”konene” de liker å være litt fine og kle seg når det er helg og alt slik. Ja, å vaske beinene. Du vet det at det... det som vi betaler er peanøtter i forholdt til den følelsen av det vi får etterpå, hvor godt det har gjort.	Verdsetter å være fin, og føle seg vell.	Ordentlig	Ønske om å fremstå som en ordentlig person.	Jeg har et ønske om å vaske håret mitt. Jeg er glad for at det er fotpleie og hårpleie på sykehjemmet, for du vet disse ”konene” de liker å være litt fine og kle seg til helgen. Ja, og få vaske beinene. Det du betaler for det er ingenting i forhold til hva du sitter igjen med etterpå.	Hvordan de fremstår. Hvem de ønsker å være, for å ivareta sin verdighet.	Indre opplevelse av verdighet.
Nettverk	(3 s.8) (Forteller i forkant av dette at pleiepersonellet har det travelt). Føler du at du på noen måter har lidd under at det er travelt? R: ... Nei... Neida, det har jeg ikke å, det er jo klart det at det kommer vell litt an på sykdomsbildet også, ikke sant... Hvor... at du blir redd, for det er jo litt ukjent felt du faller oppi, og at du kan bli engstelig og du kan trenge noen å snakke med, men nå har jeg vært så heldig med en medpasient ved siden av meg, og vi lå på hver vår side av et slik trekk, og pratet sammen. Så vi har blitt slik veldig gode venninner... hatt det så veldig trivelig sammen, ja.	Ikke lidd under travelheten men dette er avhengig av sykdomsbilde Er redd og trenger noen å snakke med. Heldigvis hjelp av medpasient. God venn med medpasient.	Nettverk	Medpasient er påvirker oppholdet positivt.	Jeg har ikke lidd fordi om de har det travelt fordi jeg har vært så heldig med min medpasient. Men du blir redd for du havner i en litt ukjent situasjon og da kan du trenge noen å snakke med. Men, nå har jeg denne medpasienten som jeg prater med. Vi har blitt veldig gode venner. Vi har hatt det så veldig trivelig sammen.	Verdigheten påvirkes av relasjoner	Ytre påvirkning av verdighet

SquirrelMail

Side 1 av 2

Current Folder: **INBOX****Sign Out**[Compose](#) [Addresses](#) [Folders](#) [Options](#) [Search](#) [Help](#) [Filters](#) [UIO-innstillinger](#)[Message List](#) | [Delete](#) [Previous](#) | [Next](#) [Forward](#) | [Forward as Attachment](#) | [Reply](#) | [Reply All](#)**Subject:** Re: Vedrørende søknad til REK**From:** "Jorgen Hardang" <jorgen.hardang@medisin.uio.no>**Date:** Tue, July 25, 2006 12:45**To:** tone.stikholmen@studmed.uio.no**Options:** [View Full Header](#) | [View Printable Version](#) | [Add to Addressbook](#) | [View Message details](#)

On 22.06.2006 15:54, tone.stikholmen@studmed.uio.no wrote:

> Hei.
 > Mitt navn er Tone Stikholmen, og jeg er opptatt ved mastergradsstudiet ved
 > Instituttet for sykepleievitenskap og helsefag, seksjon for
 > sykepleievitenskap. Jeg skal etter planen starte med min
 > mastergradsoppgave til høsten. Jeg snakket med deg på telefonen angående
 > om det var nødvendig for meg og søke REK, og du ba om en kort beskrivelse
 > av studien min. Studien min vil omhandle eldre pasienters erfaringer med
 > ivaretagelse av verdighet. Jeg ønsker å intervju max 8 pasienter som er
 > innlagt på en ortopedisk avdeling med lårhalsbrudd. Studien har følgende
 > forskningsspørsmål: 1) Hva legger den eldre pasient med lårhalsbrudd i
 > begrepet verdighet? 2) Hvordan vil den eldre pasient med lårhalsbrudd
 > beskrive det å få sin verdighet ivaretatt? 3) Hvilke erfaringer har den
 > eldre pasient med lårhalsbrudd rundt sitt møte med sykehuset? Dette leder
 > frem til følgende problemstilling: Hvilke erfaringer har eldre pasienter
 > med ivaretagelse av verdighet, ved akuttinnleggelse med lårhalsbrudd?
 > Disse intervjuene vil bli foretatt på sykehuset dagen før pasientens
 > utreise, og de vil pågå i en time. Avdelingsleder ved avdelingen vil være
 > min kontaktperson, og vil hjelpe til med å finne respondenter. Hensikten
 > med studien er å få frem hva pasienter legger i begrepet verdighet, og gi
 > i økt forståelse for pasienters erfaringer med ivaretagelse av verdighet.
 > Min veileder på masteroppgaven er Førsteamanuensis, Dr. polit Åshild
 > Slettebø.
 > Ønsker du flere opplysninger kan du bare ta kontakt, på mail eller tlf.
 > 92610699.
 > Med vennlig hilsen
 > Tone Stikholmen.
 >
 >
 >

Hei

Slik du beskriver dette tiltaket, mener vi at det faller utenfor
 mandatet til REK. Det skulle derfor ikke være nødvendig å legge
 prosjektet fram for REK til vurdering.

Mvh

--

Jørgen Hardang

Sekretær for Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Sør-Norge
 (REK Sør)

Postboks 1130 Blindern, 0318 Oslo. Tlf: 22 84 46 66 Faks 22 84 46 61

E-post: rek-2@medisin.uio.no

Besøksadresse: Frederik Holsts hus/Ullevål terrasse, Ullevål sykehus

<http://www.etikkom.no/>[Download this as a file](#)

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Åshild Slettebø
Seksjon for sykepleievitenskap
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Universitetet i Oslo
Postboks 1153 Blindern
0318 OSLO

Vår dato: 23.08.2006

Vår ref: 15080/KH

Deres dato:

Deres ref:

TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 07.07.2006. Meldingen gjelder prosjektet:

15080	<i>Ivaretagelse av verdighet for den eldre pasient med lårhalsbrudd</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Åshild Slettebø</i>
Student	<i>Tone Stikholmen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

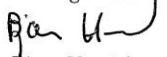
Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/endingsskjema>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/database/>

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.07.2007 rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Bjørn Henriksen


Kjersti Håvardstun

Kontaktperson: Kjersti Håvardstun tlf: 55 58 29 53

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Tone Stikholmen, Sinsenveien 15, 0572 OSLO

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uit.no

Til orientering.

Stavanger 12.12.07

Viser til prosjektet: "Ivaretagelse av verdighet for den eldre pasient med lårhalsbrudd," som du deltok i under sykehusoppholdet ditt januar 2007. Vil bare med dette informere om at prosjektslutt nå er satt til 30.06.08. Alt materiale vedrørende intervjuet vil da bli slettet og makulert. Det vil ikke bli tatt noe ytterligere kontakt med deg. Takker igjen for deltakelse. Det har vært til stor nytte og hjelp!

Vennlig hilsen

Tone Stikholmen,
student ved Universitetet i Oslo, Institutt for sykepleievitenskap.

Nedenfor vises eksempler på de forskjellige typer notater som ble skrevet i forskningsprosessen.

Eksempel på litteraturnotater:

20.11.06:

Omsorgstenkning. En innføring i Kari Martinsens forfatterskap. Herdis Alvsvåg og Eva Gjengedal (red.) Fagbokforlaget. Bergen, 2000. Del 1 Grunnleggende fenomener.

Menneskesynet – fra kroppsfenomenologi til skapelsesfenomenologi. Av Herdis Alvsvåg.

(Side 19-36): Mennesket er skapt som en kroppslig person. Det lever relasjonelt i en livsverden. Vi er historiske og vi inngår i sosiale sammenhenger. Dette er sammenhenger og relasjoner vi tar for gitt. I livsverden er vi relasjonelle, og vi er med og skaper vår historie samtidig som vi lever i historien. **Pasientene får bekreftelse på sin egen person gjennom samhandling med andre. Hvilken bekreftelse disse pasientene får, har noe å si for hvordan de opplever seg selv.**

Eksempel på refleksjonsnotater:

11.10.06:

I dag presenterte jeg studien for klassen min. Jeg har gruet meg til dette, men det gikk bedre enn forventet. Jeg hadde forberedt meg godt, og tenkt over flere ting som kunne bli aktuelt å diskutere. På denne måten ble jeg også selv mer kjent med oppgaven min, og fikk tenkt over de tingene jeg lurte på. Jeg laget en power point presentasjon, og fikk god tilbakemelding på fremlegg, systematikk og ryddighet. Flere syntes at det virket som om jeg var kommet langt noe jeg synes er overraskende. Jeg føler jeg står og ”stamper” og ikke kommer noen vei. Dagene flyr, og alt tar mye mer tid enn forventet. Klassen påpekte at verdighetsbegrepet kunne bli problematisk å snakke om i intervjuene, og vi diskuterte hvordan dette kunne ordnes. Edlund kan kanskje hjelpe meg med dette. Det var nyttig at de tok dette opp, for dette kan kanskje bli et problem da folk ikke vet hvordan de skal definere begrepet. I introduksjonen savnet de den samfunnsmessige delen av hvorfor studien var nyttig. Det var ikke nok å begrunne studien på bakgrunn av at verdighet er det mest grunnleggende i sykepleien. Dagens helsevesen var et bedre argument. Fikk også besvart noen spørsmål rundt teoretisk rammeverk, og fikk forskjellige litteratur anbefalinger. Videre må jeg se på hvilken forskning som er gjort på området. En måte å gjøre dette på var å lage en paraply om

eldre/sykehus/lårhalsbrudd og en om verdighet. Deretter blir det viktig å smale dette inn. I forhold til intervjuguiden var det viktig å få dem til å fortelle, for da gir mye av det andre seg selv.

Eksempel på observasjonsnotater:

Intervju nr. 7 (19.01.07)

Dette var en respondent som jeg rett og slett ble glad i. Hun virket som et utrolig varmt og mildt menneske, med glimt i øyet. Hun opplevdes snill og oppriktig. Hun var veldig forsiktig, dette gav uttrykk i at hun tilnærmet hvisket hele intervjuet. Jeg trodde ikke jeg kom til å høre henne, men det hørtes godt på båndet. Det var nok litt begrensende for selve intervjuet, da jeg ikke fikk med meg alt og kunne følge dette opp. Det virket som respondenten koste seg under intervjuet. Hun var veldig levende, hadde levende øyne, og lo lett. Dette var en eldre dame som fremsto veldig ordentlig. Hun brukte hode og hendene og gestikulerer mye. Jeg kommer alltid til å huske den bevegelsen hun brukte for å vise verdighet. Hun bøyde hodet, rekte ut hendene som om hun viste noen aktelse. Det var den måten hun best kunne beskrive verdighet på. Jeg tror denne respondenten strevde litt med tanken på at hun ikke stod til forventningene under intervjuet. Hun ble oppgitt og ristet på hode når hun ikke klarte å svare på spørsmålene. Jeg prøvde derfor å oppmuntre henne og ikke presse henne for mye.

Eksempler på metodenotater:

17.12.06:

Jeg hadde mitt sjette intervju i kveld. Har visst om denne respondenten en stund, men hun har vært dårlig så jeg har vente til hun ble i bedre form. Hun skrev under samtykkeskjemaet tidligere, men ble syk så vi fikk ikke avtalt noe møte. Nå var hun blitt bedre og ønsket å bli intervjuet med det samme. Så jeg gikk jeg opp i kveld.

Den umiddelbare reaksjonen.

Det første inntykket jeg fikk av denne kvinnen var at hun var omstendelig og ordentlig. Hun hadde forberedt seg ved å bruke tid i fred for å tenke ut hva hun ville fortelle, og diskutert dette med sine pårørende. Hun hadde forberedt seg med å finne frem røntgen bilder av hoften som hun ville vise meg. Hun viste et enormt engasjement. Hun gestikulerte og brukte hele seg, og var frittalende. Hun hadde jobbet i helsevesenet, og dette preger svarene hennes. Jeg jobbet veldig mye med meg selv under intervjuet, da hun i starten hadde vanskeligheter med å

holde seg til tema. Jeg var usikker på om jeg skulle stoppe henne, men hadde ikke lyst å begrense eller styre hennes fortelling for mye. Etter hvert ble svarene hennes klarere, og hun kom med flere historier. Til tider i intervjuet opplevdes det som prosessen ”stanget” litt. At ikke intervjuet kom frem med det jeg hadde forventet. Kanskje kan dette ha sammenheng med min forforståelse. Jeg tror kanskje jeg vet svarene før respondentene forteller dem. Jeg opplevde ikke at hun på noen måte syntes dette skremmende. Det virket mer som om dette gav henne noe, og hun påpekte at hun syntes det var godt å snakke med meg. Videre fortalte hun at hun under samtalen hadde glemt smertene sine. Intervjuet varte 1 time og 20 minutter, og er det lengste så langt. Jeg ble derfor redd for at jeg hadde slitt henne ut, men dette benektet hun. Jeg spurte flere ganger om det gikk bra, noe hun bekreftet. Jeg tenker nå i etterkant at jeg skulle ønske jeg kunne tatt oppfølgingsintervju, fordi jeg kommer på flere ting jeg skulle spurt om i etterkant. Det hadde også vært til hjelp og fått avklart ting som jeg ikke greide å følge opp underveis.

Etter transkripsjonen. - Den første tolkning av respondentens svar.

Selv om jeg opplevde at respondenten snakket mye utenom tema kom det frem ganske mye god informasjon. Betydningen av pasientenes forventninger på sykehusoppholdet blir bare mer og mer tydelig. Hun sa blant annet at hun hadde forventet et travelt sykehus og ble overrasket av at hun fikk hjelp. Jeg ser også at denne respondenten forsvaret sykepleierne og den jobben de gjør. Ønsket om ikke å være til bry og å være selvstendig står sentralt. Det som kanskje kommer enda mer tydelig frem i dette intervjuet, er den ”bagasje” som pasientene kommer til sykehuset med og hvordan helsepersonell mottar denne ”bagasjen.” Denne respondenten bar på skyldfølelse ovenfor sin mann og familie siden hun nå trengte hjelp. Hun beskrev også tapsreaksjoner. Respondenten har refleksjoner over at livet går mot slutten, og oppsummerer livet de har levd. Det er et tankekors at denne respondenten ikke helt vet hva som har skjedd med henne. Hun savner informasjon og nevner at hun lever i uvisshet. De eldre klarer kanskje ikke å følge med på alt som skjer. Også denne respondenten tyr til medpasienter når hun trenger noen å snakke med. Men hva skjer når de ikke går så godt med sine medpasienter, eller ligger på enerom. Hun gir konkrete eksempler på ivaretagelse og krenkelse av verdighet. Små detaljer betyr mye, og det er personavhengig hvordan hun føler seg ivaretatt. Kontinuitet og bli sett er viktig. Hun ønsker å bli sett og hørt før hun må be om hjelp. Hun er også opptatt av maten, og at den må være individuell. Hun har et ønske om fred

og ro rundt måltidene. Hun sier også noe om at hun må innrette seg til systemet som finnes på sykehuset. Hun påpeker også hvor viktig det enkelte stell er.

Hva må jeg gjøre bedre til neste gang?

Jeg hadde problemer med å ta styringen i dette intervjuet. Tålmodighet førte til rik informasjon, men det ble kanskje for mye data som faller utenfor problemstillingen. Kanskje jeg bør gå mer i dybden av ting. Jeg må ikke stille flere spørsmål på en gang. Jeg må ha åpne spørsmål slik at de ikke bare svarer ja og nei. Jeg ønsker nå å lese igjennom alle forbedringene jeg har notert, slik at de neste intervjuene kan bli enda mer spisset til det jeg egentlig er ute etter.

Eksempler på logg notater over søk:

I september 2006 ble det også gjort nye søk etter artikler. Det ble i denne omgang søkt i Cinahl og Pub Med. Følgende søkeord ble brukt enten hver for seg eller i forskjellige kombinasjoner: Pasienterfaringer, eldre, verdighet, ivaretagelse av verdighet, sykehusinnleggelse, lårhalsbrudd, ortopedi, dignity, elderly, hospitalized, nursing, experience, hip fracture, maintaining patient dignity, og quality studies. Det ble søkt etter lover og forskrifter på www.etikk.no, der ble Helsinkideklarasjonen funnet. Det ble søkt etter lover, St. meldinger og NOU`er. Menneskerettighetserklæringen og sykepleierens etiske forskrifter ble også søkt etter. Det ble funnet at det er skrevet mye om verdighet i forhold til palliativ behandling, liv/død beslutninger og demens. I forhold til lårhalsbrudd fantes mye om rehabilitering, utskrivelse fra sykehus, operasjonstidspunkt og det rent operasjons tekniske.